



Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

Promoção da Saúde Mental Infantil
Pistas para a reflexão da intervenção do Assistente Social

Sónia Fanico Martins

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Serviço Social

Orientadora:

Doutora Maria Inês Amaro, Professora Auxiliar
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa (IUL)

Setembro, 2018

Quem já conviveu com uma criança terá sentido o profundo contraste entre o amargo egoísmo que tinge as suas melhores acções, e uma vida que somente transborda de amor – pois creio que a primeira atitude de uma criança em relação ao mundo é um amor simples por todas as coisas vivas. E aquele que com ela privou terá aprendido que os melhores esforços de um homem são os seus actos de amor exclusivo, sem pensar no seu bom nome, ou recompensa terrena. Julgo que nenhuma das nossas acções, deste lado da vida, é realmente altruísta: contudo, se conseguirmos empregar todos os esforços a uma tarefa, sem esperar qualquer outra recompensa a não ser o agradecimento sussurrado de uma criança, e o toque etéreo dos lábios puros de uma criança, é possível aproximarmo-nos mais desse ideal.

(Carroll, 2000: 314-315)

RESUMO

A “Promoção da Saúde Mental Infantil: pistas para a reflexão da intervenção do Assistente Social” constitui-se o tema da presente dissertação. Este estudo pretendeu compreender o processo de intervenção da promoção da saúde mental nas crianças e as práticas dos profissionais do Programa Amigos do Ziki. Recorreu-se ao estudo de caso deste Programa, também denominado internacionalmente por Programa Zippy’s Friends, destinado a crianças dos 5 aos 7 anos de idade, com o objetivo geral de promover a saúde mental e o bem-estar para todos. A seleção deste programa centrou-se em resposta a três critérios definidos: um programa que incida em crianças, de forma ampla; o enfoque seja na promoção da saúde mental; um programa testado em mais do que uma realidade.

A atualidade e a pertinência do tema da promoção da saúde mental infantil enquadra-se nas preocupações com o bem-estar e a saúde da população. Os indicadores da Organização Mundial de Saúde referem um crescimento da carga global e das incapacidades com as perturbações mentais e de comportamento. Esta tendência é visível nos dados relativamente à consulta de Psiquiatria da Infância e da Juventude e as problemáticas associadas às perturbações referidas.

A metodologia utilizada foi qualitativa com o recurso a técnicas documentais e a aplicação de entrevista semi diretiva.

Ao longo da investigação considerou-se que o campo da promoção da saúde infantil é vasto e com necessidade de serem investigados. A promoção é desenvolvida por diversos profissionais de diferentes áreas profissionais. O Assistente Social poderá dar o seu contributo para nesta área.

Palavras-chave: Promoção da saúde, Saúde Mental Infantil, Serviço Social.

ABSTRACT

The "Promotion of Children's Mental Health: clues for the reflection of the intervention of the Social Worker" is the theme of this dissertation. This study aimed to understand the intervention process of promoting mental health in children and the current professional of Programa Amigos do Ziki. The case study of this Program, also international known Zippy's Friends Program, for children from 5 to 7 years of age, with the general objective of promoting mental health and well-being for all. The selection of this program was centered in response to three defined criteria: a program that affects children in a broad way; a program that focuses on promoting mental health; a program tested in more than one reality.

The timeliness and pertinence of the theme of promoting child mental health fits with the concerns for the well-being and health of the population. The indicators of the World Health Organization report a growth of the global load and the incapacities with the mental and behavioral disturbances. This trend is visible in the data collected from the consultation of Childhood and Youth Psychiatry and the problems associated with these disorders.

The methodology used was qualitative with the use of documentary techniques and the application of semi directive interview.

Throughout the research it was considered that the field of child health promotion is vast and in need of investigation. The promotion is developed by several professionals from different professional areas. The Social Worker can contribute to this area.

Words-Key: Health Promotion, Child Mental Health, Social Work.

ÍNDICE

RESUMO	i
ABSTRACT	ii
ÍNDICE DE FIGURAS	v
ÍNDICE DE TABELAS	v
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 - A INFÂNCIA E A SAÚDE MENTAL NO MUNDO GLOBALIZADO	3
1.1. A infância no mundo globalizado	4
1.2. A saúde mental infantil no mundo globalizado	8
CAPÍTULO 2 – AS MEDIDAS DE POLÍTICA NA LÓGICA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL INFANTIL	15
2.1. Promoção da saúde	16
2.2. Promoção da saúde mental	19
2.3. Promoção da saúde mental infantil	21
CAPÍTULO 3 - A INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL INFANTIL	24
3.1. A intervenção do Assistente Social na Rede Social	27
3.2. A intervenção do Assistente Social com crianças	28
3.3. A intervenção do Assistente Social na escola	29
3.4. A intervenção do Assistente Social na saúde mental infantil	30
3.5. A intervenção do Assistente Social na promoção da saúde mental infantil	32
CAPÍTULO 4 - APRESENTAÇÃO DO ESTUDO	34
4.1. Objeto de estudo	34
4.2. Objetivos de investigação	34
4.3. Tipo de investigação	35
4.4. Técnicas utilizadas	35
4.5. Limitações do estudo	36
4.6. Ética	36
CAPÍTULO 5 - AMIGOS DO ZIKI UMA EXPERIÊNCIA A REFLETIR	38
5.1. Amigos do Ziki	41

CAPÍTULO 6 - ORIENTAÇÕES PARA UMA INTERVENÇÃO ...	43
6.1. ... na promoção da saúde mental infantil	43
6.2. ...do Assistente Social	46
CONCLUSÕES	48
BIBLIOGRAFIA	50
ANEXOS	60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Determinantes da Saúde Mental	11
Figura 2 - Distribuição geográfica da implementação do Programa Zippy's Friends	39

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Quadro-resumo dos acordos internacionais no âmbito da promoção da saúde	18
--	----

INTRODUÇÃO

“Alice acostumara-se tanto a esperar que só acontecessem coisas extraordinárias, que lhe pareceu muito aborrecido e estúpido que a vida continuasse de modo normal”

(Carroll, 2000:18)

No conto Alice no País das Maravilhas são retratadas situações de convivência social, utilizando a hipérbole e a personificação, como forma de expor as diferentes formas de ser, pensar e de agir numa sociedade. Nelas contêm processos de identificação de si e do outro, constituindo-se movimentos na construção de atitudes e na ordenação das ações, de acordo com os modelos sociais e culturais e o desenvolvimento individual. O primeiro movimento surge na sequência do efeito de atração pelo outro, numa fase de desenvolvimento pouco autónoma; o segundo é formado pelo desejo de dominar a si e de organizar os seus comportamentos/ações (Malrieu, 1996).

Ao longo da dissertação surgem excertos dos contos Alice no País das Maravilhas e do Outro Lado do Espelho, por se considerar que os mesmos remetem, como já anteriormente referido, para modelos culturais, sociais e identitário. Tradicionalmente, os contos estão associados às crianças, ao seu imaginário e dramatizam dilemas quotidianos e formas salutareis de lidar com os mesmos, remetendo assim para a estratégia de *coping*.

A presente dissertação está integrada no mestrado em Serviço Social do ISCTE-IUL, Instituto Universitário de Lisboa, sob orientação da Professora Doutora Maria Inês Amaro. O tema da dissertação é a promoção da saúde mental infantil. A pertinência do estudo está associada à minha prática profissional de contacto com crianças e jovens, em que os problemas emocionais detetados condicionam o seu desenvolvimento salutar. Acresce o permanente questionamento das práticas no campo da intervenção da promoção na área da saúde mental infantil. Com o estudo pretende-se compreender o processo de intervenção da promoção da saúde mental nas crianças e as práticas dos profissionais do Programa Amigos do Ziki. Recorreu-se ao estudo de caso deste Programa, também denominado internacionalmente por Programa Zippy's Friends, destinado a crianças dos 5 aos 7 anos de idade, com o objetivo geral de promover a saúde mental e o bem-estar para todos. A seleção deste programa centrou-se em resposta a três critérios definidos: um programa que incida em crianças, de forma ampla; o enfoque seja na promoção da saúde mental; um programa testado em mais do que uma realidade.

Considerou-se pertinente a seguinte organização da dissertação. O Capítulo 1, A infância e a saúde mental infantil no mundo globalizado consiste na análise e na reflexão do enquadramento da saúde mental infantil no processo de globalização, influências e implicações nas ações coletivas e individuais. Também são abordadas as dimensões conceptuais de saúde mental infantil e suas dimensões. As medidas de política na lógica da promoção da saúde mental infantil, Capítulo 2, reflete-se o enquadramento dos programas e práticas de promoção da saúde mental infantil, bem como a conceptualização de promoção de saúde mental e as suas dimensões. O Capítulo 3, A intervenção do Assistente Social na promoção da saúde mental infantil procura-se refletir a participação do Assistente Social na promoção da saúde mental infantil. Apresentação do estudo, Capítulo 4, é um capítulo metodológico, com as referências ao método e às técnicas de investigação utilizadas e opções adotadas neste âmbito. Amigos do Ziki uma experiência a refletir, capítulo 5, analisa-se os procedimentos e as estratégias desenvolvidas no âmbito promoção da saúde mental infantil. No capítulo 6, Orientações para uma intervenção ... analisa-se os procedimentos e as estratégias adotadas na promoção da saúde mental e pistas para o papel do Assistente Social na promoção da saúde mental infantil.

CAPÍTULO 1 - A INFÂNCIA E A SAÚDE MENTAL NO MUNDO GLOBALIZADO

- Mas eu não quero andar entre gente louca – protestou Alice.
- Oh, não há nada a fazer – disse Gato. – Aqui somos loucos. Eu sou louco e tu também.
- Como é que sabes que eu sou doida? – perguntou Alice.
- Deves ser – respondeu o Gato - senão não tinhas cá vindo parar.

(Carroll, 2000: 72-73)

Todos os elementos que compõem a estrutura social e cultural de uma sociedade têm influência no seu funcionamento. Para tal, a sociedade padroniza comportamentos como preferencial, permissiva ou proibida, em que são avaliados nas várias instituições de controle social: família, escola, locais de trabalho, entre outros. Na relação entre o indivíduo e a sua adaptação social e cultural a uma sociedade poderá desenvolver a anomia, como comportamento de rutura com a estrutura social e cultural, podendo ser denominado como comportamento desviante. Nos tipos de anomia poder-se-á verificar situações: de confusão do indivíduo relativamente às normas /valores; de conflito com as mesmas; e de desintegração (Merton, 1968). Segundo Foucault, citado por Alves (2001), aquando do seu estudo sobre a doença mental, a loucura está intrínseca “às regras políticas e sociais, costumes, interesses económicos, à história” (Alves, 2001: 43). A saúde mental do indivíduo decorre do “acordo entre os conhecimentos (actividade mental) e actividades do indivíduo numa situação em que ele está inserido” (Gameiro, 1978: 21). A relação do indivíduo com as suas representações mentais e com as atividades que estabelece com o meio, num dado momento e espaço geográfico e cultural implica o seu processo de adaptação. A não adaptação ou os problemas derivados desta podem originar a doença (Gameiro, 1978).

Com a globalização, a relação com o mundo é permanente, decorrendo as incertezas na vida social e os seus modos ao nível individual e de imprevisibilidade nas relações institucionais (Giddens, 2006; Carapinheiro, 2001; Carapinheiro, 2007; Hespanha, 2001). A imaginação constitui-se como uma faculdade que pauta o quotidiano das pessoas, por exemplo: ponderar na migração; resistir à violência do Estado; (re)pensar na reparação social; e projetar novas formas de associação cívica e colaborativas. Para Appadurai é através da imaginação que os cidadãos modernos são disciplinados e controlados pelos Estados, pelos mercados e por interesses poderosos. Também é através da imaginação que se manifestam os padrões coletivos de dissidência e os novos desenhos para a vida coletiva (Appadurai, 2000; Santos,

2001). Neste enquadramento do funcionamento da sociedade e com o conhecimento produzido, no que diz respeito à saúde mental, o seu comprometimento poderá estar associado à dimensão biológica/orgânica, bem como a “um estado de perturbações afectivas ligado à história do sujeito” (Alves, 2011: 35). Por conseguinte, a “loucura circula agora livremente na sociedade, já que as pessoas normais podem em algum momento da sua vida desenvolver uma doença mental.” (Alves, 2011: 35).

1.1. A infância no mundo globalizado

A infância como etapa de desenvolvimento da vida foi reconhecida nos finais do século XVIII, início do século XIX, na sequência da alteração da família burguesa. A infância “transforma-se num lugar de afecto entre pais e filhos” (Fernandes, 2004: 25). A primeira preocupação com a criança centra-se na sua saúde, iniciando o alargamento do conhecimento nesta área, verificando-se uma diminuição da mortalidade infantil. Posteriormente incidem na pedagogia, colocando-a no centro da educação (Fernandes, 2004).

Numa primeira fase, alguns países revelaram preocupação em promoverem políticas de proteção à criança como igualdade de direitos, abolição da escravatura, limitações ao trabalho fabril, educação escolar, entre outros. No século XX surgiram movimentos na sociedade civil de defesa e de proteção das crianças (Fernandes, 2004). Nas instituições internacionais compostas por organizações governamentais e não governamentais, os grupos de interesses e grupos de peritos (Burns, 2004), as suas ações reorientam as práticas, procurando minimizar os problemas sociais decorrentes da globalização (Hespanha, 2001). No que diz respeito às crianças foram criadas declarações, com o intuito de as proteger: em 1924, a Declaração dos Direitos da Criança da Sociedade das Nações (SDN); em 1959, a 1ª Declaração Universal dos Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas; em 1989, a Convenção Internacional do Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas; 1992, a Carta Europeia dos Direitos da Criança do Parlamento Europeu. A par das declarações supracitadas, as instituições internacionais constituíram seções para desenvolverem as suas ações nesta temática (Fernandes, 2004). Em 1946, a Organização das Nações Unidas cria a UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund), com o objetivo de proteger e assegurar as necessidades básicas das crianças no mundo.

Para compreender a criança é necessário analisar as suas dimensões de desenvolvimento motor, psíquico e social. Atendendo aos pressupostos desta

dissertação iremos incidir nos dois últimos, tendo por base o processo biográfico e a integração sociofamiliar do indivíduo.

Na primeira fase do seu desenvolvimento, a criança está integrada no seu seio familiar, primeira estrutura social específica que promove o seu processo de socialização (Berger e Luckmann, 2004). A socialização é um processo multidirecional, em que os fatores sociais moldam o processo de aprendizagem e o processo de relação dos indivíduos com o meio (Pereira, 1985). O indivíduo só se torna membro da sociedade quando alcança a interiorização, como base do entendimento da realidade. O primeiro nível da interiorização, o indivíduo compreende o outro e posteriormente a “apreensão do mundo como realidade significativa e social.” (Berger e Luckmann, 2004: 138). Esta etapa é denominada por socialização primária caracterizada por uma aprendizagem cognitiva, num período de alto grau de emoção com os outros significativos. A socialização primária assume-se como a estrutura básica do indivíduo, pois desenvolve o seu sentido de pertença e são veiculados e assimilados os modelos de cultura, como guias de comportamento/construção dos papéis sociais (Dubar, 1997; Pereira, 1985).

A socialização secundária é realizada posteriormente à socialização primária, na qual o indivíduo é introduzido em novas instituições sociais. A socialização secundária implica a aquisição de vocabulários, ou seja a interiorização de campos semânticos, pelas quais se estruturam as interpretações e as rotinas produzidas numa determinada área institucional. Esta socialização é caracterizada pelo anonimato, ou seja é realizada num contexto em que se pode dissociar os executantes individuais e um despreendimento do carácter afetivo das relações sociais (Berger e Luckmann, 2004). Contudo “são necessários graves choques biográficos para desintegrar a sólida realidade interiorizada na primeira infância. Mas muito menos para destruir as realidades interiorizadas mais tarde.” (Berger e Luckmann, 2004: 150). Nesta socialização são utilizadas técnicas pedagógicas, de acordo com a realidade da socialização primária e as motivações atribuídas pelo indivíduo para a aquisição de novos conhecimentos. Considera-se recurso a componente afetiva, relação entre o indivíduo e o “pessoal socializador” com significado para o primeiro, permitindo que este integre os conteúdos socializados e da parte da instituição socializadora uma aproximação da socialização primária (Berger e Luckmann, 2004).

Na socialização secundária importa ter em conta dois elementos de conservação da realidade: a “conservação da rotina” e a “conservação crítica”. A “conservação da rotina” permite utilizar os conhecimentos interiorizados da socialização no quotidiano do indivíduo. Na “conservação crítica”, o indivíduo revela os

conhecimentos interiorizados da socialização em situações de crise (Berger e Luckmann, 2004).

Segundo Mead, citado por Dubar, a socialização constrói a identidade social na e pela interação com os outros (Dubar, 1997). A identidade poderá ser entendida como um fenómeno que resulta da dialética entre indivíduo e sociedade (Berger e Luckmann, 2004). Esta expressa a consciência da comunidade de interesses e do interconhecimento resultantes da identificação, sentido de pertença, e da identificação, sentido da diferença (Fernandes, 2006). O indivíduo consciencializa-se dos riscos da sociedade, podendo surgir sentimento de desconfiança. Por outro lado, a formação da confiança minimiza a ansiedade e reforça o sentimento de segurança face aos riscos e aos perigos particulares. Os hábitos e as rotinas adquiridos nos primeiros tempos de vida dos indivíduos promovem uma “aceitação emocional” da realidade e constituem-se a base da consciência de uma existência segura. O principal apoio emocional torna-se um “casulo protector” individual que lhe permite o desenvolvimento de ações no quotidiano. A construção e a cimentação das rotinas do indivíduo promove a sua “segurança ontológica” (Berger e Luckmann, 2004; Fernandes, 2006; e Lopes, 2006).

A socialização e a identidade social são dois processos importantes no desenvolvimento do indivíduo, no que diz respeito à sua aprendizagem, à sua integração social, à relação com o outro e à consciência da realidade que o rodeia. Concomitantemente é pertinente a compreensão das abordagens das teorias psicológicas, no sentido de complementar os processos anteriormente enunciados. A revisão aqui apresentada irá incidir até aos 7 anos de idade, atendendo à necessidade do presente estudo.

O desenvolvimento cognitivo, segundo Piaget, defende que a criança nasce com uma estrutura básica cognitiva, que se complexifica com o seu crescimento. O processo de aprendizagem envolve três componentes: assimilação, acomodação e a equilibração. A assimilação compreende a integração do que se experiencia, sem refletir sobre essa experiência. A acomodação representa a incorporação da experiência, provocando uma alteração ao nível do processamento cognitivo. A equilibração, ou a perturbação do conhecimento, consiste no processo em que o indivíduo gere o que já sabe com aquilo que lhe vai sendo solicitado, impulsionando novas experiências (Sprinthall e Sprinthall, 1993). Piaget definiu ainda quatro estádios de desenvolvimento: sensório-motor (do nascimento até aos dois anos), pré-operatório ou intuitivo (dos dois aos sete anos), operações concretas (dos sete aos onze anos) e operações formais (dos onze aos dezasseis anos). O estágio intuitivo ou pré-operatório, a criança cria representações mentais e a capacidade de armazenamento

das mesmas. A criança atribui significado às representações mentais, através do jogo simbólico. Nesta fase, o pensamento centra-se num aspeto da situação e conserva-o, sendo incapaz de compreender que uma ação pode desencadear dois sentidos. No estágio operações concretas, as crianças, compreendem as relações funcionais, desenvolvendo a capacidade de compreensão (Papalia, 2001; Sprinthall e Sprinthall, 1993).

As teorias socioculturais, desenvolvidas por exemplo por Vygotsky, assentam no desenvolvimento cognitivo através do jogo, na interação entre os contextos sociais e culturais. Nesta interação, a criança adquire competências cognitivas no cumprimento de regras que vai interiorizar e desenvolver o seu discurso e concomitantemente ajustar o seu comportamento (Wilson et al, 2011).

As teorias da aprendizagem social, desenvolvidas por Bandura e outros, defendem que todo o comportamento é apreendido, com base no processo de modelagem de referências. O processo baseia-se na reprodução de comportamentos (Wilson et al, 2011).

A teoria da vinculação, desenvolvida por Bowlby, compreende o desenvolvimento emocional, social e cognitivo, em que a vinculação é estabelecida entre indivíduos e a sua separação poderá representar um processo de ansiedade. A forma como a vinculação e a separação são incorporadas pela criança tem influência no seu desenvolvimento, constituindo-se comportamento vincutivo resistente à mudança (Wilson et al, 2011).

As teorias psicanalíticas explicam o desenvolvimento pessoal, baseando-se nas estruturas de personalidade e emocionais. Erikson desenvolve a sua teoria em oito estádios do ciclo de vida. Em cada estágio de desenvolvimento, o indivíduo é confrontado com crises bipolares que implica a sua resolução (Erikson, 1976; Sprinthall e Sprinthall, 1993). No primeiro estágio do ciclo da vida caracteriza-se pela crise da confiança básica e da desconfiança básica. A confiança básica desenvolve o reconhecimento da fiabilidade do indivíduo na primeira socialização (Fernandes, 2006 e Lopes, 2006) através das primeiras experiências e a qualidade das mesmas, nomeadamente com o cuidador direto, a mãe. Da relação estabelecida com a criança, esta cria um sentimento de identidade, contribuindo para a resolução deste estágio. Neste estágio desenvolve-se a confiança em si mesmo e nas suas capacidades (Erikson, 1976). A resolução assenta na esperança (Sprinthall e Sprinthall, 1993).

O segundo estágio é composto pela crise entre autonomia e vergonha/dúvida, proporcionando

amor e ódio, cooperação e voluntariedade, liberdade de auto-expressão e sua supressão. De um sentimento de auto-controle sem perda da auto-estima resulta um sentimento constante de boa vontade e orgulho; de um sentimento de perda do autocontrole e de supercontrole exterior resulta uma propensão duradoura para a dúvida e a vergonha (Erikson, 1976: 233-234).

A resolução é a vontade (Sprinthall e Sprinthall, 1993).

A iniciativa e a culpa compreende o terceiro estágio do ciclo da vida. A iniciativa consiste na capacidade de a criança empreender, planejar e executar tarefas. O sentimento de culpa poderá estar relacionado com os objetos e os atos inerentes da atividade (Erikson, 1976). A resolução é a finalidade (Sprinthall e Sprinthall, 1993).

O quarto estágio do ciclo da vida assenta na mestria e na inferioridade. A mestria implica a realização de ações com o outro, a execução de ações através de ferramentas, bem como ajustar as normas às ações (Erikson, 1976). A resolução é a competência (Sprinthall e Sprinthall, 1993).

De tudo o que expusemos, infere-se necessariamente que é na idade infantil que temos que intervir com as medidas preventivas possíveis para evitar muitas perturbações e doenças psíquicas do adulto. (...) É especialmente no campo das crianças «difíceis» (na educação, aprendizagem, conduta social, relações pessoais, etc.) que se obtêm melhores resultados. A insegurança de certos caracteres infantis, a possibilidade de latência de certos outros, e a plasticidade evolutiva do conjunto, facilitam a correcção precoce de muitos desvios, mais tarde irreparavelmente fixados. É preciso aproveitar as tendências harmonizantes da maturação no decurso do crescimento e todas as influências correctivas exercidas, por um lado, sobre o crescimento somático e a evolução biológica, e por outro, sobre o desenvolvimento anímico e a aprendizagem sociocultural, através dos pais, dos amigos e dos educadores e de todo o ambiente em que vive, se desenvolve, aprende e educa a criança”.(Fernandes, 1985: 172-173).

Com a dinâmica da sociedade, as fases de desenvolvimento não são estanques. A pressão social da escola e da vida social conduzem para uma maturidade ou o inverso. Como João dos Santos, citado por Vidigal, refere “o homem necessita de uma infância prolongada como que para dar tempo a que a autonomia do funcionamento mental se instale, desenvolva e aperfeiçoe” (Vidigal, 1999: 79).

1.2. A saúde mental infantil no mundo globalizado

A globalização é promotora de fluxos geradores de problemas de bem-estar social. Após a Segunda Guerra Mundial assistiu-se a alterações sociais que influenciaram a área da saúde. A primeira alteração foi na estrutura demográfica, pautada pelo

envelhecimento da população e concomitantemente o aumento das doenças crónicas. A segunda alteração implicou o reequacionamento dos cuidados médicos e da ciência médica. A terceira está associada ao desenvolvimento da economia e dos mercados que implicaram uma transformação da produção e dos consumos da população. Neste enquadramento surge a criação do Serviço Nacional de Saúde, a alteração do modelo médico e a relação entre médico e utente. A quarta alteração consistiu no desenvolvimento da perspetiva médica, com a colaboração de outras áreas adjacentes. Nesta implicou um crescimento na preocupação com os estilos de vida, os comportamentos saudáveis, a qualidade de vida, o bem-estar e a promoção da saúde, contribuindo para o desenvolvimento da reflexão da prevenção das doenças e das intervenções médicas (Bury, 1997).

Como foi descrito na área da infância, na saúde foram constituídas secções nas instituições internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) secção dentro da Organização das Nações Unidas. As políticas, as estratégias e os determinantes orientam as práticas para a melhoria das condições de vida e para o processo de individualização. Os indivíduos são responsabilizados pela assunção de comportamentos saudáveis (Cabral, 2002). A política e o mecanismo da gestão da saúde surge como forma de alcançar a saúde coletiva através de mecanismos de autorregulação e de autoconstituição individual (Carapinheiro, 2001).

As orientações internacionais sugerem medidas de investimento na saúde e na valorização positiva dos fatores que a determinam, através de mecanismos de promoção. As conceções de desenvolvimento da promoção podem ser desenvolvidas pela qualidade de vida e pela área comportamental. Esta última associada aos estilos de vida dos indivíduos (Silva, 2012). Em 1958, as orientações políticas reorientam-se para as políticas no sentido dos cuidados primários (Carapinheiro, 2006; Carapinheiro e Page, 2001b). Com a Conferência de Alma Ata, em 1978, constitui-se como meta do programa de saúde pública, o desenvolvimento de cuidados de saúde primários (Carapinheiro, 2006) assente nos determinantes sociais de saúde (Fazenda, 2012).

A Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da OMS (2010) refere que os determinantes estruturais de uma sociedade e as condições de vida constituem os determinantes sociais da saúde. Também responsáveis pelas desigualdades na saúde. Esta Comissão reconhece a importância da sociedade civil na capacidade de ação para corrigir e pressionar os governos para a mudança. Para tal estabeleceu três recomendações para as políticas de saúde: melhorar as condições de vida quotidianas; abordar a distribuição desigual do poder, dinheiro e recursos; quantificar e compreender o problema e avaliar o impacto da ação. No que diz respeito às

condições de vida, as ações deverão ser concertadas o Desenvolvimento da Primeira Infância (DPI) nos vários domínios: físico, social, emocional, linguístico e cognitivo. Também propõem que os programas de educação pré-escolar e a escola que contribuem para o desenvolvimento das crianças, com especial incidência a construção de capacidades, com uma abordagem mais abrangente da vida que inclua os desenvolvimentos supracitados. Considera-se que dever-se-á centrar as abordagens ao desenvolvimento social pela promoção do bem-estar, combinando o crescimento e a capacitação. No que diz respeito à primeira infância (até aos oito anos), as experiências vividas “proporcionam as bases fundamentais para toda a vida (...) O ensino, quer pré-escolar, quer subsequente, também molda de forma determinante o percurso de vida da criança e as suas oportunidades na saúde” (OMS, 2010: 52). Considera-se que os problemas de saúde pública têm origem na infância, como a obesidade, as doenças cardíacas e a saúde mental. Quanto às experiências na primeira infância estão relacionadas com a criminalidade, problemas de analfabetismo e iliteracia matemática e participação económica.

A OMS define saúde mental como “a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community” (WHO e CGF, 2014: 12).

O Dr. João dos Santos definia a saúde mental como “na pessoa ser capaz de se movimentar livremente dentro de si, e os movimentos de tristeza são tão importantes como os movimentos de alegria” (Vidigal, 1999: 79).

O Pacto Europeu para a Saúde Mental e o Bem-Estar (2008) refere que a Saúde Mental é um direito humano que permite aos indivíduos o usufruto de bem-estar qualidade de vida e de saúde. Estes pressupostos fazem com que os indivíduos aprendam, trabalhem e participem na sociedade. No mesmo Pacto define cinco áreas prioritárias: Prevenção da Depressão e Suicídio; Saúde Mental e Educação na Infância e Adolescência; Saúde Mental nos Locais de Trabalho; Saúde Mental do Idoso; e Combater o Estigma e a Exclusão Social.

No Documento Técnico de Suporte à Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência considera que a saúde mental está integrada num contexto alargado da saúde e do bem-estar. O bem-estar em saúde mental constitui-se como a busca e a manutenção do estado de saúde (Friedman et al, 2010). Wilkinson e Pickett procuraram entender o bem-estar mental, constatarem num panfleto da instituição MIND, “Como melhorar o seu bem-estar mental”, a referência de que para ser saudável ao nível mental implica que a pessoa seja capaz de cuidar de si

própria, de se valorizar e de se avaliar (Wilkinson e Pickett, 2010). O indivíduo com sentimento de bem-estar tem sentido e prazer na vida. Apesar das crises e dos problemas decorrentes do cotidiano, o indivíduo revela-se seguro e estável para ultrapassar os obstáculos, constituindo-se como fator de resistência à doença (Reis, 2005).

O conceito de risco na saúde mental considera a “probabilidade de ocorrência de perturbação mental” (Cordeiro, 1982: 34). Os fatores de risco foram definidos pela Organização Mundial de Saúde em 1973 como “caraterísticas ou condições de vida de uma pessoa ou de um grupo de pessoas que as expõe a uma maior probabilidade de desenvolver um processo mórbido ou de sofrer os seus efeitos” (Cordeiro, 1982: 34). Como se pode observar no seguinte gráfico, a saúde mental tem determinantes de saúde.

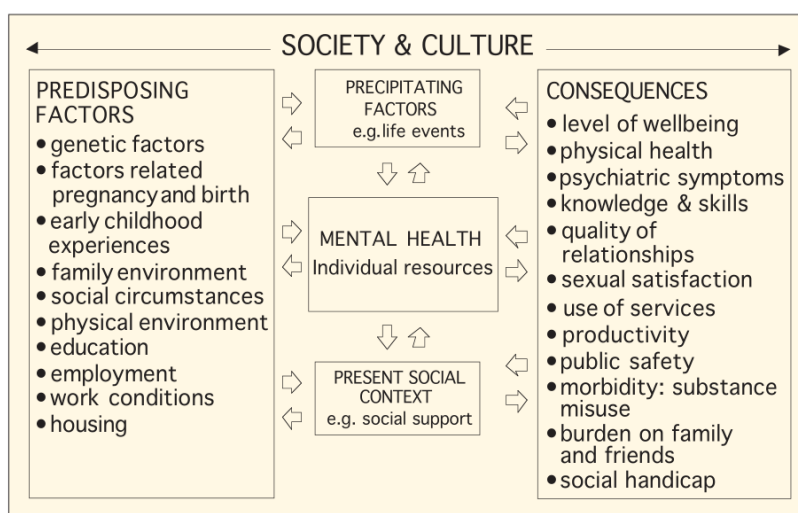


Figura 1 - Determinantes da Saúde Mental

Retirado de European Commission, 2004: 9

No Documento Técnico de Suporte à Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência considera que a saúde mental infantil resulta da interação entre a criança, família e meio sociocultural. A influência social tem forte impacto no comprometimento da saúde mental foram elaborados os Determinantes Social da Saúde Mental em Anexo 1. No entanto, as perturbações psiquiátricas decorrem de fases de desenvolvimento, em que a intervenção atempada poderá prevenir ou reduzir incapacidades. Segundo o mesmo documento, a OMS “estima que cerca de 20% das crianças e adolescentes apresente pelo menos uma perturbação mental antes de atingir os 18 anos de idade.” (ACSS, s.a.: 16). Esta estimativa é confirmada pela OMS da Europa em “que 1 em cada 5 crianças apresenta evidência de problemas mentais e que destas, cerca de metade tem uma perturbação

psiquiátrica.” (ACSS, s.a.: 16). Segundo resultados de estudo sobre a prevalência de doenças mentais, Portugal é o país da Europa com maior prevalência na população adulta. Considerando por isso a importância de programas destinados à saúde mental infantil.

Em Portugal, os primeiros passos da Psiquiatria da Infância e da Juventude foram no início do século XX com Dr. António Aurélio da Costa Ferreira e Prof. Vítor Fontes. Nesta época, os desenvolvimentos foram em estudos científicos e no ensino de crianças deficientes. Esta especialidade médica tinha uma forte relação com os profissionais de educação, tendo sido uma das formações académicas superiores dos seus percursos. Mais tarde, com o fundador da Psiquiatria da Infância e Juventude em Portugal, Dr. João dos Santos, são desenvolvidos projetos no âmbito da saúde mental: associações para problemáticas específicas de deficiência; associação de proteção à criança; movimentos terapêuticos e educativos; e 1º programa de Saúde Mental à 1ª Infância (1952). No sistema de saúde constituíram-se como recursos: Hospitais psiquiátricos, Colónias Agrícolas, Centro de Saúde Materno-Infantil e Centro de Saúde Mental Infantil. Estes últimos foram criados após nova Lei de Saúde Mental, 1963, numa perspetiva psiquiatria comunitária, com uma perspetiva dinâmica do funcionamento mental da criança e de saúde pública, com equipas multidisciplinares e unidades especializadas, com a preocupação de proximidade da comunidade. (ACSS, s.a.; Alves, 2001; Vidigal, 1999)

Nos anos 70 iniciou uma corrente em que havia necessidade de articulação entre os serviços de Saúde Mental e de Saúde Escolar, nomeadamente em discutir os casos concretos de crianças e jovens. Foi compreendido que a Saúde Escolar insere-se no âmbito da Saúde Pública e que, nessa época, a educação escolar não era articulada com a Saúde Escolar. Da prática clínica conclui-se que algumas doenças mentais decorrem de adaptações, crises no desenvolvimento psicomotor ou de perturbações emocionais revelados na escola e por vezes face aos métodos didáticos utilizados. Estas situações decorrem da massificação da escola, em que também deverá ser um espaço de desenvolvimento psíquico e afetivo (Berge, 1978).

Em 1975 foi desenvolvido um novo projeto denominado por Casa da Praia como resposta Pedagogia-Terapêutica que recebia crianças com dificuldades de adaptação escolar: imaturidade, instabilidade, bloqueio afetivo e depressão. A Casa da Praia foi construída com base na “linguagem dos afetos”, em que as atividades dirigidas às crianças centravam-se na fase da comunicação. “A fase da comunicação está relacionada com a segurança afectiva da criança, isto é, com o reconhecimento do espaço de segurança” (Vidigal, 1999: 141).

Na década 80, a lógica organizacional dos serviços de Saúde Mental passou pela ligação aos cuidados primários. Este movimento decorre da Declaração de Alma-Ata, as equipas Saúde Mental deveriam apoiar e sensibilizar os técnicos próximos das crianças, numa perspetiva promoção e prevenção da saúde, dando resposta as necessidades sociais básicas. Os serviços de Saúde Mental passam para contexto hospitalar, nos anos 90, exceto a Casa da Praia, em virtude de ter passado a ser uma instituição privada sem fins lucrativos (Alves, sa; Vidigal, 1999)

A Psiquiatria da Infância e da Adolescência ou Pedopsiquiatria, outra designação para esta especialidade, em Portugal está estruturada em: Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência em Hospital, Serviço Local de Saúde Mental da Infância e Adolescência, Unidades de Saúde Mental Comunitária da Infância e Adolescência e Consulta de Saúde Mental da Infância e Adolescência. O sistema público de cuidados de saúde mental, em Portugal, dispõe dos seguintes serviços: serviço de ambulatório, internamento de curta e longa duração, serviço de urgência, hospitais de dia e unidades de dia, unidades de reabilitação e articulação interinstitucional. Estas equipas articulam com os cuidados de saúde primários. (Ministério da Saúde, 2017a; ACSS, s.a.)

Em Portugal, a saúde mental infantil e juvenil é assegurada em dois níveis. No primeiro nível estão a escola, o centro de saúde nos cuidados de saúde primários, os serviços de ação social, as Instituições Particulares de Solidariedade Social, as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens e instituições de justiça. No segundo nível estão os serviços especializados na área da Psiquiatria Infantil. No primeiro nível de intervenção podem promover a saúde mental e prevenir a doença mental numa perspetiva de prevenção primária. O segundo nível está mais apto para desenvolver uma intervenção após o diagnóstico da patologia e o seu tratamento (Garcês, 2001).

As estruturas comunitárias, primeiro nível de intervenção, deverão estar articuladas com as estruturas hospitalares, no sentido de maximizar as intervenções de promoção da saúde e de prevenção da doença, bem como a integração psicossocial do indivíduo. Segundo Mendonça (2002) considera que as instituições estatais para o tratamento da doença mental são elos de ligação entre ações, não se instituindo como solução para a saúde mental. Embora nelas existam profissionais com experiência e saber, na área da saúde mental, nomeadamente como se consegue e como se perde. Reitera a necessidade de formação de técnicos para um trabalho de equipa na prevenção e na investigação de novos elementos de perturbação da saúde mental. Caplan, citado por Alves (2001), sugere a

consultoria de saúde mental é um método que pode ser utilizado pelos profissionais de Saúde Mental para facilitar o trabalho de outros profissionais na promoção da saúde mental e na redução da incidência das perturbações mentais (prevenção primária), assim como para encurtar o período de incapacidade das perturbações mentais através do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz (prevenção secundária), e para reduzir a proporção da incapacidade residual posterior a uma perturbação mental (prevenção terciária)” (Alves, 2001: 153).

Para Garcês (2001), a intervenção em saúde mental pressupõe um trabalho multidisciplinar, com o intuito de intervir em todos os níveis de prevenção e sistemas significativos. O trabalho multidisciplinar permite: articulação e integração dos diferentes saberes dos eventuais processos patológicos que se desenvolvam; conhecimento dos padrões familiares e sociais e o entendimento das suas relações; uma intervenção nos fatores desencadeadores do processo.

CAPÍTULO 2 – AS MEDIDAS DE POLÍTICA NA LÓGICA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL INFANTIL

– Quem me dera a *mim* poder estar contente! – disse a Rainha. – Mas nunca me consigo lembrar de como é que isso se faz. Deves ser muito feliz por viveres neste bosque e poderes ficar contente quando te apetece.

– Só que me sinto aqui *tão* sozinha – lamentou-se Alice, tristemente. E, ao lembrar-se da sua solidão, rolaram-lhe duas grandes lágrimas pelas faces.

– Ora, não te ponhas assim! – gritou a pobre Rainha, torcendo as mãos de desespero. – Pensa que já és uma menina crescida. Pensa nas horas que são. Pensa em tudo e mais alguma coisa, mas não chores!

(Carroll, 2000: 220-221)

A imaginação poder-se-á tornar “um campo organizado de práticas sociais”, figurando-se nas formas de trabalhar, de ação e de possibilidades. Neste contexto, a imaginação é o centro do agir e a característica da nova ordem global (Appadurai, 2004), onde experienciando poderá “superar estados emocionais e sensações interditos e ver coisas” (Appadurai, 2004:16) que irão integrar o seu agir. Por outro lado, nas relações sociais estabelecidas pelo indivíduo surgem o elemento de confiança que contribui para a complexificação dos sistemas sociais. O sentimento de confiança decorre da díade, indivíduo e risco, pautada pelo confronto da incerteza e da fragilidade das relações sociais, forma como os indivíduos agem. A confiança caracteriza o comportamento individual no contexto em que é produzido e nas rotinas que contribuem para as interpretações do indivíduo (Soulet, 2006).

Para Fernandes (2008), após 1970 surgiu a 2ª Revolução na Saúde, incidindo no Modelo Biopsicossocial, em que se centra na saúde do indivíduo. Alguns investigadores denominaram de epidemia comportamental, representada nos países desenvolvidos, com o aumento da mortalidade (problemas cardiovasculares, cancerígenos, aparelho respiratório e circulatório, doenças infecciosas, entre outras), assente numa etologia comportamental (stress, alimentação, ambiente, poluição, ruídos, trabalho e outros). A preocupação centrou-se na mudança dos comportamentos na comunidade. Acresce o estilo de vida, entendido pela OMS, citado por Fernandes (2008) como “o conjunto de estruturas mediadoras que reflectem uma totalidade de actividades, atitudes e valores sociais” (Fernandes, 2008: 36).

Segundo estudo de Baxter citado por Cabral (2002)

a forte interdependência entre os três vértices do triângulo (comportamentos/atitudes; estilos de vida; desigualdades estruturais): «se as

circunstâncias [sociais] são boas, o comportamento saudável parece ter uma forte influência sobre a saúde. Se elas são más, então os comportamentos fazem muito pouca diferença». Nestes contextos de privação psíquica, social e/ou económica, «para mudar o comportamento talvez seja necessário mudar mais do que o comportamento». Os estilos de vida assumem, assim, um estatuto medidor das desigualdades estruturais, traduzindo-as em atitudes e comportamentos quotidianos relacionados com a saúde ou explicitamente direccionados para a prevenção da doença, pois a adopção de hábitos mais saudáveis está condicionada pela posse de recursos estruturais (Cabral, 2002, 54).

2.1. Promoção da saúde

Antonovsky, citado por Carvalho (2004) perspetivou a saúde pelas causas que levam à “boa saúde”, constituindo-se assim um quadro salutogénico. Defendia que o indivíduo deveria criar recursos e adquirir competências para a permanente perturbação da saúde. Deu início ao movimento positivo de saúde. Este movimento conduziu à realização em 1978 da “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde”. Desta Conferência foi construída a Declaração de Alma-Ata. Na referida Declaração, a saúde é entendida em sentido positivo como estado completo de bem-estar físico, mental e social, retirando-lhe a noção de ausência de doença (Carvalho, 2004). A saúde deverá ser entendida como um recurso importante no desenvolvimento social, em que o envolvimento das pessoas e a cooperação dos elementos da sociedade constituem-se pilares na sua construção, constituindo-se a sua promoção e proteção a melhoria da qualidade de vida e a sustentação da economia (Carvalho, 2004; Silva, 2012).

A Comissão Regional da Europa da OMS, em 1984, enuncia o seu entendimento de saúde como “recurso para a vida e não como finalidade de vida” (Silva, 2012: 252). Como forma de preconizar a saúde, o indivíduo e o grupo deverão identificar as suas aspirações, as suas necessidades e serem capazes de modificar ou adaptar-se ao meio onde estão inseridos. Isto porque como a saúde é entendida como recurso social e pessoal, em que os estilos de vida saudáveis promovem o bem-estar. Esta Comissão aprovou metas regionais que assentam na promoção de estilos de vida saudáveis; proteção do ambiente; prestação de cuidados de saúde, baseados nas características da população; medidas de apoio à pesquisa e informação (Silva, 2012).

Em 1986 realizou-se a Primeira Conferência sobre Promoção da Saúde, em que se redigiu a Carta de Ottawa propõe que a promoção da saúde é um processo em que permite aos indivíduos um maior controlo da saúde e sua melhoria; e identificação e adoção de ações para melhorar a sua dialética com o meio (Carvalho, 2004). Nesta

conferência, as estratégias centram-se na capacitação do indivíduo (empowerment), tendo sido definidas cinco estratégias de promoção da saúde: construção de políticas de saúde pública; criação de ambientes de suporte; reforço da ação das comunidades; desenvolvimento de competências pessoais; reorientação dos Serviços de Saúde (Carvalho, 2004; Silva, 2012).

A recomendação de Adelaide, 1988, considera a saúde como um direito humano fundamental e um investimento social. Reforça a necessidade dos países adotarem políticas públicas que promovam a saúde e o bem-estar, melhorando deste modo a saúde dos indivíduos. Definiram 4 áreas de ação: apoio à saúde das mulheres; alimentação e nutrição; tabaco e álcool; criar ambientes favoráveis à saúde.

Na 3ª Conferência sobre Promoção da Saúde, em 1991, redigiu-se a Declaração de Sundsvall que propõe a criação de ambientes favoráveis à saúde, nas várias dimensões social, política, económica e a necessidade de reconhecimento e utilização das capacidades e saberes das mulheres. Esta proposta deverá ter um envolvimento e controlo comunitário, passando pela monitorização da saúde pública.

Na 4ª Conferência sobre Promoção da Saúde, em 1997, redigiu-se a Declaração de Jacarta. Nesta constava que a saúde é um direito humano fundamental ao desenvolvimento social e económico; e que a promoção da saúde é um processo que permite ao indivíduo controlar a sua saúde e melhorá-la. Na Declaração reforça as estratégias mencionadas na Carta de Ottawa e acrescenta que o acesso à educação e à informação é importante para a capacitação do indivíduo e das comunidades; e que as escolas, locais de trabalho e comunidades são locais potenciadores para implementação de estratégias globais (Carvalho, 2004).

Na 5ª Conferência Global sobre a Promoção da Saúde, em 2000 no México, como forma de alcançar maior equidade na saúde, definiram-se as seguintes ações de recomendação: promoção da saúde como prioridade nas políticas e programas; assegurar uma participação ativa de todos os setores da sociedade e da sociedade civil em ações de promoção da saúde; preparação de planos de ação nacionais para a promoção da saúde, de acordo com as características dos territórios. Nestes planos deverão identificar as prioridades de saúde, estabelecer as políticas e os programas a implementar; apoiar pesquisas sobre as áreas definidas como prioritárias; estabelecer e fortalecer as redes de promoção à saúde (Silva, 2012).

Em 2005, com a Carta de Bangucoque incide nas orientações relativamente às políticas e às parcerias, no sentido de dar poder às comunidades, melhorar a saúde e a sua equidade (Silva, 2012).

Para sistematizar as informações anteriormente apresentadas, organizou-se a seguinte tabela.

Data	Documento	Orientações
1978	Declaração de Alma-Ata	Programa de saúde pública; desenvolvimento de cuidados de saúde primários; determinantes sociais de saúde.
1984	Comissão Regional da Europa da OMS	Promoção de estilos de vida saudáveis; proteção do ambiente; prestação de cuidados de saúde, baseados nas características da população; medidas de apoio a pesquisa e informação.
1986	Carta de Ottawa	Políticas públicas saudáveis e a criação de meios favoráveis à saúde.
1988	Recomendações de Adelaide	Políticas públicas saudáveis, salientando 4 áreas: apoio à saúde das mulheres; alimentação e nutrição; tabaco e álcool; criar ambientes favoráveis à saúde.
1991	Declaração de Sundsvall	Criação de ambientes favoráveis à saúde.
1997	Declaração de Jacarta	Promoção de saúde como processo de melhorá-la e de controlo; capacitação do indivíduo e das comunidades através do acesso à informação e à educação.
2000	Declaração do México	Promoção da saúde como prioridade nas políticas e programas; participação nos programas da sociedade civil; criação de Plano de Ação Nacional.
2005	Carta de Bangkok	Melhorar a saúde pela equidade; inclui a comunidade nas intervenções.

Tabela 1 - Quadro-resumo dos acordos internacionais no âmbito da promoção da saúde

Elaboração própria, 2018

De 2005 até à atualidade têm-se organizado com regularidade grupo de trabalho e de reflexão sobre a promoção da saúde, nos vários domínios, com construção de alguns documentos orientadores.

A promoção da saúde implica responsabilizar os indivíduos pela saúde, através das “transferência de recursos importantes na saúde, tais como conhecimentos, técnicas, poder, e dinheiro, para a comunidade” (Ribeiro, 1998: 69). Com esta estratégia, o indivíduo tenderá a adotar comportamentos protetores de saúde definido por Kasl e Cobb, citado por Ribeiro (1998), como a ação desenvolvida por um indivíduo, no sentido de proteger, promover ou manter a sua saúde, independentemente do seu estado de saúde e da eficácia da ação para atingir o fim proposto. Identificaram cinco grupos de comportamentos protetores de saúde, com base na análise de padrões:

- a. Práticas de saúde, tais como, dormir em quantidade e qualidade suficientes, relaxar, comer de forma razoável, fazer exercício moderado, evitar excesso de trabalho, evitar resfriados, limitar o consumo de certos alimentos, vigiar o peso;
- b. Práticas protectoras de saúde, tais como, consertar as coisas (degraus partidos, cadeiras desequilibradas, etc.), verificar o bom estado de funcionamento dos utensílios, ter um estojo de primeiros socorros, ter à vista os principais números de telefonemas de emergência;
- c. Cuidados preventivos de saúde, tais como, verificar periodicamente a pressão arterial, a saúde oral e o estado de saúde em geral;
- d. Evitar os riscos do meio ambiente, tais como, áreas perigosas, por exemplo, zonas de crime ou áreas de poluição;
- e. Evitar substâncias perigosas, tais como, tabaco e bebidas alcoólicas (Ribeiro, 1998: 109).

Na promoção da saúde Kickbusch, citado por Ribeiro (1998),

propõe cinco áreas de conteúdos importantes: acesso à saúde; desenvolvimento de um ambiente conducente à saúde; fortalecimento das redes sociais e de suporte social; promoção de comportamento de saúde positivo e de estratégias de coping apropriadas – um objectivo chave na promoção da saúde; aumento do conhecimento e disseminação relacionada com a saúde (Ribeiro, 1998: 169).

Segundo Glanz (1999), os programas de promoção de saúde com maior probabilidade de sucesso são os que se baseiam na compreensão dos comportamentos e o seu contexto. Neste sentido ter-se-á que compreender que o comportamento, numa perspetiva ecológica, ou seja que é afetado e afeta, de acordo com os fatores: intrapessoais, interpessoais, institucionais, comunitários e políticos.

A promoção da saúde assenta em ações intersectoriais, com o enfoque na qualidade de vida das populações, tendo por base os determinantes da saúde. Com base no conceito de Saúde para todos foram definidos alguns programas e projetos. O programa para a criação de espaços saudáveis desenvolveu-se o movimento de cidades saudáveis. Em Portugal, este programa é designado como a Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis. No que concerne à criança e ao jovem criou-se a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, em 1994. Portugal aderiu, tendo participado com uma experiência piloto em 1997. Este programa tem a articulação interministerial da Educação e da Saúde (Silva, 2012).

2.2. Promoção da saúde mental

Para a promoção da saúde mental é necessário evitar as doenças mentais e as perturbações da personalidade, com o intuito de cada individuo possa ter consciência

de si e ter a capacidade de se relacionar com o outro, desenvolvendo atividades quotidianas (Fernandes, 1985).

O Relatório Mundial de Saúde, “Saúde Mental: nova concepção, nova esperança”, de 2001 refere que a Saúde Pública poderá reduzir a carga das perturbações mentais, através de: políticas; acesso a serviços de saúde de promoção e prevenção de saúde mental; avaliar e monitorizar a saúde mental das populações; promover estilos de vida saudáveis; fomentar as pesquisas sobre as causas, tratamentos das perturbações; garantir os direitos humanos. No mesmo documento propõe que o programa de promoção da saúde mental depende das necessidades e dos contextos sociais e culturais, em que as intervenções podem ser orientadas para: os fatores que determinam ou mantém a saúde debilitada; grupos de população; determinados contextos. Acrescenta para uma política escolar assente na tolerância e igualdade entre indivíduos, para a participação ativa e cooperação, estabelecimento de vínculos, estimulação da criatividade e aptidões académicas e a promoção da autoestima e autoconfiança das crianças.

No Plano de Ação 2007-2016, “Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços Saúde Mental em Portugal” referem poucas intervenções na promoção da saúde mental e da prevenção da doença, sendo que “as intervenções de promoção da saúde mental não tem sido implementadas de forma organizada e continuada” (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007: 36). Consideram a quase inexistência de programas de prevenção validados internacionalmente. No Modelo de Governação a 2020 salienta para o resultado de um estudo Europeu, em que Portugal tem apresentado um progressivo afastamento face às metas definidas pela OMS. O Programa Nacional para a Saúde Mental deverá criar mudanças fundamentais, nomeadamente em políticas e serviços nesta área. (Ministério da Saúde, 2016)

Desde 2011, o Programa Nacional para a Saúde Mental tem vindo a realizar o projeto de promoção de saúde mental e combate ao estigma da população adulta, “Saúde Mental e Arte”. Este projeto foi descentralizado a todas as equipas de saúde mental. As obras criadas pelos utentes dos serviços de saúde mental foram apresentadas ao público em geral, incluindo apresentações em catálogos e em exposições. Aquando da avaliação do seu impacto conclui-se que o mesmo deverá continuar na área da reabilitação psicossocial (Programa para Nacional para a Saúde Mental, 2016; Ministério da Saúde, 2017a).

Em Portugal, na área da Saúde Mental, foram implementados projetos aprovados pelo programa “Iniciativas de Saúde Pública” financiada pela EEA

GRANTS, composta por países da ex-EFTA. Os projetos apoiados foram os seguintes: “Melhoria do Sistema Português de Saúde Mental: avaliação do seu desempenho e conceção de um novo modelo financeiro e organizacional visando reforçar a equidade, eficiência e qualidade”, dinamizado pela equipa da ENSP; “Health-Employment: Rede de promoção da saúde mental para desenvolver a capacidade e reduzir as desigualdades para os trabalhadores e desempregados” – promoção da Saúde Mental nos locais de trabalho, dinamizado pela uma equipa da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; “Stop Depression: Abordagens terapêuticas escalonadas e soluções digitais para a prevenção da depressão e suicídio nos CSP”, desenvolvido pela equipa do ISMAI (Instituto Superior da Maia); “PrimeDep: Capacitação Sustentável dos Cuidados de Saúde Primários para a Saúde Mental, Depressão e Comportamentos Suicidários”, desenvolvido pela EUTIMIA, uma organização não governamental, Aliança Europeia contra a Depressão; “Deteção da depressão perinatal, diagnóstico, prevenção e intervenção precoce nos cuidados de saúde primários”, desenvolvida pela equipa de investigadores da Universidade de Coimbra; “Anos incríveis para a promoção da saúde mental”, programa para a promoção da saúde mental entre as crianças e adolescentes nas escolas, desenvolvido pela equipa da Universidade de Coimbra; “Why School: Porquê Saúde Mental dos jovens baseada na Escola e com ligação aos CSP?”, desenvolvido pela EUTIMIA, consistindo num programa para a promoção da saúde mental entre crianças e adolescentes nas escolas; “Avaliar e melhorar o acesso aos serviços de saúde mental para grupos populacionais afetados pela crise económica – crianças e adolescentes”, desenvolvido pelo Departamento de Saúde Mental do Hospital Fernando da Fonseca, EPE (Amadora-Sintra); “Avaliar e melhorar o acesso aos serviços de saúde mental das pessoas afetadas pela crise económica e com base numa nova compreensão dos efeitos da crise sobre a saúde mental da população”, desenvolvido pela equipa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, no sentido de avaliar o impacto da crise económica e social na saúde mental da população portuguesa (Programa para Nacional para a Saúde Mental, 2016).

2.3. Promoção da saúde mental infantil

Segundo o Programa Nacional para a Saúde Mental (2017) foi desenvolvido o Programa Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, aplicado pelos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários, com base em indicadores de saúde mental da grávida e da qualidade da vinculação (Ministério da Saúde, 2017a).

Na 1ª Infância, os profissionais poderão encaminhar crianças com deficiência ou em situação de risco grave de desenvolvimento, entre os 0 e os 6 anos de idade que comprometa a sua saúde para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), a fim de beneficiarem do programa de intervenção precoce, regulamentado em Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro. Conforme o artigo 3º do referido Decreto, a intervenção precoce consiste “num conjunto de medidas de apoio centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social.”. O trabalho é desenvolvido por técnicos nas respetivas áreas que necessitam de intervenção. No trabalho direto com as crianças, estas são estimuladas e envolvidas as famílias e a comunidade. Este Sistema é coordenado pelos Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSS), da Saúde (MS) e da Educação (ME) (Direção Geral de Saúde, 2012).

Em 2017 foi dinamizada uma ação de formação nacional, a profissionais, em diagnóstico de risco na população infantil e juvenil, com 14 sessões. (Ministério da Saúde, 2017a).

No âmbito do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017 foi desenvolvido o projeto “+Contigo”, como prevenção do suicídio em meio escolar (Ministério da Saúde, 2017a).

O Programa Nacional para a Saúde Mental realizou ações de prevenção da doença mental e ação de sensibilização e informação à população adulta. Aos profissionais foram desenvolvidas ações de formação sobre “Competências Socioemocionais” e “Indisciplina e Bullying” no âmbito do protocolo entre Direção Geral da Saúde e Direção Geral de Educação (Programa para Nacional para a Saúde Mental, 2016; Ministério da Saúde, 2017a).

Em contexto escolar, a equipa do Programa participou na elaboração do “Referencial de Educação para a Saúde” e do “Manual Saúde Mental em Saúde Escolar” (Ministério da Saúde, 2017a).

A avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental de 2017 refere que a Saúde Mental da Infância e da Adolescência “deve ser entendida enquanto prioridade da Saúde Pública e o investimento deve ser feito em termos da Promoção e Prevenção, bem como no tratamento precoce e reabilitação, segundo a evidência científica que norteia as diretivas internacionais. Os programas que contemplam as diferentes etapas do desenvolvimento individual e familiar constituem campos prioritários de intervenção nas políticas de Saúde Mental.” (Ministério da Saúde, 2017: 53). No mesmo documento recomenda a implementação de “programas de Prevenção e de

Promoção da Saúde Mental, baseados em modelos ecológicos de intervenção e sustentados na articulação intersectorial” (Ministério da Saúde, 2017: 55). Considera que os programas de promoção da saúde mental deverão ser ao longo da vida. No que diz respeito à infância propõem na área da saúde materna e na área das escolas. Nesta última salienta para “programas para melhorar a autoestima e as competências de vida em crianças e jovens (...), formação de professores, (...), ensino de estratégias cognitivas para criança em risco (...), programas estruturados de prevenção do suicídio nas escolas.” (Ministério da Saúde, 2017: 56).

A implementação de programas de Educação para a Saúde com crianças deverá, segundo Fernandes (2008) passar pela escola, no sentido que a sua frequência é obrigatória e terá impacto para a vida. Por outro lado, investigações indicam que a oportunidade para a aquisição de hábitos de saúde compreendem entre a infância e a adolescência. Também é nestas fases de desenvolvimento que a assimilação e aprendizagem de conhecimentos é mais fácil. Com base nestes pressupostos os programas de educação para a saúde terão melhores resultados, pois preparam as crianças de hoje e os adultos do amanhã no cuidado com a sua saúde e adotem estilos de vida mais positivos.

Para programas de promoção da saúde é necessário compreender o público a que se destinam. No caso das crianças, a corrente teórica mais adequada será a Teoria da Aprendizagem social e Teoria Sócio-Cognitiva. Nestas assumem que o indivíduo e o ambiente onde está inserido interagem continuamente. É nesta interação resulta o comportamento. Pelo que é necessário capacidade comportamental, ou seja o indivíduo necessita de saber o que fazer e como fazê-lo, através de instruções claras e de treino (Glanz, 1999).

CAPÍTULO 3 - A INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL INFANTIL

– Como é que *pode* continuar a falar tão calmamente de cabeça para baixo? – perguntou Alice, arrastando-o pelos pés, e pousando-o à beira do fosso como um saco de batatas.

O Cavaleiro fez-se muito admirado com aquela pergunta:

- Que interessa a posição do meu corpo? – disse ele. – O meu cérebro continua a funcionar à mesma. Aliás, quanto mais tenho a cabeça para baixo, mais me dá para inventar coisas novas

(Carroll, 2000: 270).

No campo de intervenção do Assistente Social há-de ter em conta os sentimentos. Ao intervir na vida dos indivíduos, o Assistente Social deverá ter em atenção os aspetos emocionais dos utentes e ter capacidade crítica das suas atitudes e valores (Fazenda, 2012). Para tal, a sua intervenção é moldada pelos valores e princípios do Serviço Social: a personalização, o não julgamento, a autodeterminação, a confidencialidade, a relação de confiança, a empatia, o consentimento informado, a não discriminação e a justiça social (Fazenda, 2012; Vieira, 2017).

Segundo Faleiros (1999), o objeto de intervenção do Serviço Social é construído na relação entre sujeito/estrutura e utente/instituição, decorrente de um processo de fortalecimento do utente.

A função do Serviço Social constitui-se como

uma estrutura dissipativa, que recolhe e reorganiza elementos internos e externos ao sistema, transformando-os em produtos e dando-lhes um novo formato. Estes produtos (necessidades) são transformados em nova matéria-prima (direitos) que pode ser reabsorvida e laborada pelo sistema (através da cidadania e das políticas sociais), mantendo o seu equilíbrio (rutura/coesão social) (Vieira, 2017: 33).

Os Assistentes Sociais imbuídos dos princípios dos Direitos Humanos intervêm para melhorar a vida social dos indivíduos, nomeadamente no conjunto de relações sociais necessárias para facilitar adaptação dos indivíduos às regras da vida em comum (Branco e Amaro, 2011). Erving Goffman, citado por Castel, salienta para o papel do Assistente Social em remediar o disfuncionamento e para tentar colmatar as limitações do modelo de integração social no défice de integração (Castel, 2012). Este profissional é um perito, agente de mudança, na construção de uma sociedade democrática e na promoção do bem-estar individual e coletivo. A sua intervenção constrói um sistema de ação, com

narrativas, canais de comunicação, poderes, de acordo com o utente e os seus recursos, organizando um conjunto de escolhas de base à decisão (Vieira, 2017).

Segundo Restrepo (2003), os profissionais intervêm com a referência de procedimentos standartizados, princípios que regem a ação, denominados por modelos de atuação profissional. Propõe a organização dos modelos em tradicionais, críticos, contemporâneos e de convergência.

O modelo tradicional tem influência clínica e terapêutica, nomeadamente da área da saúde mental, em que enfatiza a ação social e a modificação das condutas individuais geradoras de disfuncionalidade pessoal ou familiar. Este modelo é adaptativo e prescritivo, confinando a intervenção do Assistente Social à resolução de conflitos relacionais que advêm das perturbações ou das personalidades. As intervenções são pontuais, curto alcance, rígidos e restritivos. Como exemplos deste modelo são *Case Work* e Intervenção na Crise. *Case Work* assenta nas teorias psicanalíticas. A atuação do profissional com o utente é direta. Considera-se que o utente revela problemas na relação devido a desordens nesta área. As ferramentas utilizadas pelo profissional são entrevista, observação, visita domiciliária, técnicas de documentação, genogramas e ecomapas. No modelo de Intervenção na Crise considera crise como uma situação perturbadora da estabilidade emocional do indivíduo e da família. O profissional atua para que o indivíduo se sinta seguro e colabora no sentido deste encontre saídas que o ajudem a sair da situação (Restrepo, 2003).

O modelo crítico ou radical assenta na transformação social através da participação comunitária e coletiva. Os pressupostos deste modelo são as teorias marxistas e estruturalistas. O enfoque é no coletivo e comunitário e com perspetiva global que permite explicar a causa estrutural dos problemas sociais (Restrepo, 2003).

O modelo contemporâneo tem uma perspetiva holística do indivíduo, com enfoque nas interações do indivíduo. São modelos dinâmicos, abertos e flexíveis, sendo o processo de permanente construção na dimensão individual ou coletiva. As ferramentas utilizadas são a observação, entrevista, oficina, grupos de discussão. Como exemplos deste modelo enuncia: modelo de sistema, modelo sistémico, modelo ecológico e modelo comunicacional. O modelo de sistema é um modelo funcional e interativo. A atenção do profissional é centrada em múltiplas áreas de ação do indivíduo. O modelo sistémico orienta o profissional para o desenvolvimento de tarefas vitais que contribuem para o alívio de situação conflituantes resultantes da interação social. Este modelo apela a interdisciplinaridade, interinstitucionalidade e

intersectoriedade. Propõe uma articulação dinâmica e holística de cada elemento que constitui o sistema. Considera que a realidade está em permanente construção e interrelacionam-se. Trabalho em rede é uma atuação sistêmica, em que o apoio social permite uma estratégia colaborativa, através da rede social partilha recursos, constrói vínculos afetivos e solidários. O modelo ecológico considera que o indivíduo está em constante transformação adaptativa com o seu meio. O Assistente Social utiliza ferramentas como oficinas, mapas cognitivos e observação. O modelo comunicacional permitem compreender a complexidade da conduta humana expressada nas interações: representações, papéis sociais, expectativas e rótulos sociais (Restrepo, 2003).

O modelo de convergência tem como enfoque a diversidade e o respeito pelas diferenças. Tem como pressupostos o conhecimento holístico do indivíduo, sendo as suas propostas de ações plurais, polifuncionais, humanistas que requerem responsabilidade ética, eficiência, qualidade na gestão e no serviço (Restrepo, 2003).

“A precaução a ter com os modelos é nunca tomá-los como receitas e nunca escolhê-los antecipadamente, ou seja, sem antes se mergulhar e se deixar envolver pelas pessoas e pelas culturas de terreno, aprendendo com elas.” (Vieira, 2017: 44).

Com base nos sistemas de bem-estar europeus convergem para medidas de ativação, emergindo novas políticas sociais, implicando a ativação do indivíduo. Esta lógica entrecruza com a lógica da inserção, no sentido em que a intervenção social está direcionada para a integração social, assente na cidadania ativa (Branco e Amaro, 2011). Ao nível da intervenção social, a orientação por um trabalho de promoção da inserção social surge como metodologia de transformação dos destinos pessoais e sociais dos beneficiários, segundo os pressupostos da lógica da ativação. Neste quadro, as práticas dos profissionais na área da intervenção social implicam uma pedagogia da mudança, com base no reconhecimento de capacidade dos cidadãos e nas necessidades de se estabelecerem parcerias na construção de projetos, podendo originar a uma intervenção multissetorial (Pedroso, 2010). O Assistente Social terá de desenvolver, através dos processos identitários dos seus utentes, a co construção das narrativas, a reconstrução de identidades, dar sentido e perspectivas trajetórias alternativas, a consciência dos direitos e valores junto dos utentes e a participação e autonomia destes. A visão do profissional tende a ser mais compreensiva do projeto de vida do utente, perspectivando em conjunto outros níveis de intervenção, com uma forte tendência para a instrumentalização e standartização das respostas às diferentes situações colocadas e o uso escasso da contratualização e da avaliação (Branco e Amaro, 2011).

Segundo Restrepo (2003), os níveis de atuação profissional do Assistente Social pode ser de atuação direta e de atuação indireta, ou como refere Robertis (2011) intervenção direta e intervenção indireta. A atuação ou intervenção direta consiste numa intervenção em que o profissional estabelece contacto frente a frente com o utente: individual, grupo ou comunitário, no sentido de responder a uma situação. A atuação ou intervenção indireta corresponde a um conjunto de atividades que não necessita do contacto direto com o utente para a sua realização (Restrepo, 2003; Robertis, 2011).

Dentro da lógica da intervenção direta, segundo Vieira (2017), o Serviço Social transformador atua em dois níveis: o individual e o coletivo. No nível individual pretende fortalecer a sua identidade individual e coletiva, reconstruindo os seus “laços de pertença”. Na história do Serviço Social existem três formas no relacionamento do utente com o processo de intervenção: relação de ajuda personalizada; prática pedagógica de aquisição de competências pessoais e sociais para a sua participação social e política; e prática política para o exercício da sua cidadania. A envolvência do utente no seu processo de intervenção social implica-o. Por esta via, o utente adquire capacidades e competências, nomeadamente no acesso à informação e à formação, na participação da construção da sua intervenção e na tomada de decisão, de acordo com os seus recursos e os seus objetivos.

No nível coletivo da intervenção direta do Assistente Social, seja ele formal ou informal, tem uma postura negocial na comunicação e nos recursos, com vista ao envolvimento dos mesmos e à integração do indivíduo (Vieira, 2017).

Face ao objeto de estudo, o Assistente Social pode intervir nos seguintes campos: rede social, escola, com crianças e na área da saúde mental infantil.

3.1. A intervenção do Assistente Social na Rede Social

O Programa da Rede Social foi criada para responder à “necessidade de promoção de políticas sociais activas que visem a promoção de efectivos processos de inclusão social” (Amor, 2005: 39).

No programa participam entidades particulares sem fins lucrativos e organismos públicos com intervenção social. A Rede Social está organizada em torno de duas estruturas: Núcleo Executivo e Plenário. O Núcleo é composto por técnicos (entre 5 a 8 elementos) com a responsabilidade de elaborar os documentos: Diagnósticos Sociais e Planos de Desenvolvimento Local. O Plenário é composto pelos decisores das entidades, a fim de decidir as propostas dos técnicos. Em alguns

concelhos existe mais uma estrutura denominada por Grupos de Trabalho Temáticos, organizada em torno das temáticas ou grupos etários (Amor, 2005).

Com o Programa Rede Social pretende constituir-se como “fórum de articulação e congregação de esforços” (Amor, 2005: 39). Segundo a legislação, Resolução do Conselho de Ministros n.º 197/97 de 18 de Novembro, citada por Amor (2005), a Rede Social contribui para a “consciência pessoal e colectiva dos problemas sociais, para a activação dos meios e agentes de resposta e para as inovações recomendáveis” (Amor, 2005: 40).

Em Rede Social permite ao Assistente Social estar integrado no Diagnóstico Social e na elaboração do Plano de Desenvolvimento Local, contribuindo para repensar em forma de promoção da saúde, numa lógica interdisciplinar, interinstitucional e intersectorial.

3.2. A intervenção do Assistente Social com crianças

Ao longo da sua prática profissional, o Assistente Social vê-se confrontado com vários públicos que apresentam diferentes níveis de desenvolvimento. A sua prática deverá centrar na capacidade de estabelecer relações e na capacidade de comunicar, com quem e para quem se trabalha. O seu conhecimento dos estágios de desenvolvimento humano permite, entre outras, a adequação da comunicação às necessidades do público. Na atuação do Assistente Social com crianças deverá reger por quatro princípios: compreender a criança; disponibilizar para a ouvir; trabalhar com as crianças e as suas famílias; reconhecer o seu poder e propósito. No que diz respeito à compreensão da criança é necessário que o Assistente Social compreenda as suas próprias experiências de infância que lhe atribua significado na sua prática profissional. Quanto à disponibilidade de ouvir a criança, o Assistente Social deverá envolver-se com as crianças, no sentido de promover o seu bem-estar e respeitar o seu ponto de vista. Para alcançar estes pressupostos, o Assistente Social deverá ter maior autoconsciência e desenvolvimento de competências profissionais relacionais e comunicacionais com as crianças (Wilson, 2011).

Na fase de desenvolvimento do nascimento aos 7 anos de idade, o Assistente Social deverá avaliar o desenvolvimento da criança, considerando os traços culturais, tendo em conta os parâmetros das teorias anteriormente apresentadas e que se enquadram no desenvolvimento normativo: reflexos, diagnósticos, interação, temperamento, amamentação, relação entre peso e crescimento, linguagem, estabelecimento de relações securizantes potenciador da exploração do espaço e de

outras relações, relação com cuidadores, satisfação das necessidades, entre outras (Wilson, 2011).

O Assistente Social está inserido nas equipas de Intervenção Precoce. A Intervenção Precoce abrange crianças dos 0 aos 6 anos de idade e as suas famílias. O modelo de organização desta intervenção é centrado interdisciplinar e transdisciplinar, implicando uma cooperação entre técnicos e serviços. A equipa elabora, conjuntamente com a família, o Plano Individual de Apoio à Família (PIAF) (Martins, 2012). Segundo Caparrós citado por Martins, o Assistente Social “intervém na família quando se verificam situações de conflito familiar, ou seja, quando se verificam disfunções na dinâmica familiar ou quando a família enfrenta obstáculos que derivam da falta de recursos” (Martins, 2012: 15). Neste enquadramento “tem como objectivo de ativar e criar redes de suporte para as famílias tendo em conta os diversos contextos onde estas se inserem” (Martins, 2012: 39).

Segundo Wilson (2011), na intervenção com crianças dos 7 aos 12 anos, o Assistente Social deverá trabalhar em grupo com a criança, uma vez que é grupo que se poderá trabalhar algumas competências, nomeadamente, competências sociais, escolares e comportamentais, capacidades de socialização, a memória, a linguagem, capacidade física e coordenativa, situações traumáticas, bem-estar individual, entre outras, ao mesmo tempo que facilita a transição da criança para a puberdade. Nesta fase dever-se-á trabalhar a resiliência da criança, na sequência do diagnóstico das suas vulnerabilidades, assim como compreender as suas adversidades para criar um ambiente protetor.

3.3. A intervenção do Assistente Social na escola

No contexto escolar, o Assistente Social atua na relação entre a escola, família e comunidade (Frey, 2017; Teasley, 2017). O Assistente Social pretende contribuir para um desenvolvimento saudável da criança e para uma educação parental, permitindo eliminar as barreiras na aprendizagem e no seu acesso (Frey, 2017).

O Assistente Social trabalha com os docentes, direção da escola e outros profissionais que poderão facilitar o sucesso escolar, construindo intervenções individuais e familiares. No caso das crianças com necessidades educativas especiais, a intervenção é junto dos alunos e família, gestão de caso, intervenção em crise, consultoria e colaboração ao pessoal escolar e avaliação da situação. Na componente comportamental, o Assistente Social trabalha com o docente, no sentido de as identificar e construir estratégias, procurando compreender os comportamentos e os distúrbios emocionais (Teasley, 2017).

School social workers link families and students with resource providers to address needs the family or students may have that cannot be met within the school setting. Resources range from financial assistance and housing to medical referrals. Case management consists of working with a family or individual to develop a plan and then ensuring the family or individual is able to follow the plan to receive the needed assistance (Teasley, 2017: 45-46)

3.4. A intervenção do Assistente Social na saúde mental infantil

Fazenda considera os seguintes princípios fundamentais do Assistente Social, na área da saúde mental:

Equidade no acesso aos direitos sociais (justiça social); Respeito pela igualdade de valor e dignidade dentro das diferenças; Consentimento informado; Promoção da autonomia e autodeterminação; Capacitação e participação ativa dos utentes e famílias; Visão centrada nas necessidades e interesses dos utentes (Fazenda, 2012: 243).

A intervenção do Assistente Social, nas equipas de saúde mental, tem como objetivos:

Promover a melhoria das condições de vida das pessoas com doença mental; Criar oportunidades para o desenvolvimento das suas competências sociais; Facilitar o seu acesso aos direitos sociais, económicos e culturais (emprego, educação e formação, proteção social, etc.); Promover a sua integração social e a participação em todos os contextos sociais; Contribuir para a mudança de atitudes na comunidade e a diminuição do estigma (Fazenda, 2012: 244).

O Serviço Social, na área da saúde mental, baseia-se na perspetiva sistémica. Considera um sistema, como um conjunto de elementos em interação que integram subsistemas e supersistemas. No campo da intervenção poderá ser utilizada em diferentes níveis: individual, grupo, familiar e comunitário. Esta perspetiva é base do modelo de saúde mental comunitária proposto pela Organização Mundial de Saúde. Este modelo também compreende intervenções psicossociais: psicoeducação, a reabilitação, o apoio residencial, o emprego apoiado ou protegido e o treino de competências sociais e profissionais. Engloba, ainda, uma abordagem trabalho em rede ou parceria e a advocacia social, na defesa dos direitos do indivíduo (Fazenda, 2012).

Na área da saúde mental, o *empowerment* é entendido como aquisição de competências (vertente individual) e como forma do indivíduo “ganhar poder e controle sobre as condições sociais que afetam a vida das pessoas em conjunto (vertente coletiva)” (Fazenda, 2012: 221).

O Assistente Social na área da saúde mental intervém como interface na relação do utente com os vários sistemas, surgindo como mediadores e elementos facilitadores de comunicação. Também pode contribuir para aumentar a autonomia do utente e o controle da sua vida (Fazenda, 2012).

Na área da saúde mental infantil, este profissional tem três áreas de intervenção: utente, equipa e estrutura social. Na área do utente tem de compreender o sistema familiar e o sistema social, onde está inserido. Na área da equipa terá que integrar o seu saber social e o saber médico. O Assistente Social assume a função de mediador entre a equipa, a família e a comunidade. Na área da estrutura social poderá ter o papel na definição das políticas de saúde e no funcionamento das instituições (Garcês, 2001).

A sua intervenção assenta em três vertentes: terapêutica (apoio terapêutico a famílias, terapias familiares, grupo de pais); intervenção social; e na vertente de promoção e prevenção através da intervenção em grupos de risco. Na área da saúde mental infantil, a organização da intervenção social deverá ter em conta a interação de três sistemas: o terapêutico, o familiar e o escolar (Garcês, 2001).

A intervenção começa a partir um pedido junto dos serviços de saúde, através: da escola, estudos sociofamiliares, informação de direitos sociais e recursos e a necessidade de apoio terapêutico. O pedido é apresentado por um elemento da equipa pela família ou pela comunidade. Estes participam no diagnóstico, nomeadamente no estudo efetuado da dimensão psicossocial. Nesta considera-se as problemáticas sociais que possam influenciar os processos patológicos, permitindo aferir a possibilidade de intervenções de natureza dinâmico e relacional (Garcês, 2001).

Recorre-se a procedimentos e técnicas adequadas à natureza da intervenção, exigindo competências de atendimento, orientação de entrevista, domínio de técnicas de trabalho de grupo e elaboração de genograma, bem como a técnicas indirectas, como a mediação, a mobilização de recursos, a articulação e definição de estratégias com outros serviços. É sempre uma relação de ajuda que permitirá:

- libertar e orientar a motivação para mudar, procurando reduzir a ansiedade e estimular o desejo de mudança, diminuir os mecanismos de defesa, possibilitando uma maior disponibilidade para superar a dificuldade presente;
- libertar as capacidades afectivas, cognitivas e activas que, ao mobilizar-se, facilitarão a resolução dos problemas, quer internos quer externos;
- encontrar os recursos necessários à resolução das dificuldades, recursos existentes mas muitas vezes ignorados por impossibilidade de visualização (Garcês, 2001: 183).

3.5. A intervenção do Assistente Social na promoção da saúde mental infantil

Na lógica de intervenção do Serviço Social promocional, segundo Restrepo (2003), assenta no desenvolvimento social e humano, em que o indivíduo é implicado na construção da sua realidade e do seu bem-estar. A intervenção é orientada na potencialização das capacidades individuais e nos recursos necessários para melhorarem ou satisfazerem as necessidades identificadas. Este modelo incide na capacidade de resposta do sujeito de intervenção para a mudança e superar as dificuldades. Como requisitos desta intervenção são a motivação, a participação ativa, a autogestão e a autonomia. A educação e a capacitação são estratégias utilizadas pelo Assistente Social. Silva (2012) associa dois processos no Serviço Social promocional: a mediação cognitiva e a mediação estrutural. Ambos pretendem resolver conflitos gerados e proporcionar segurança aos indivíduos. Na mediação cognitiva consiste na repetição de argumentos conhecidos, com vista a dissolver conflitos gerados pelas representações e que deram origem a problemas de integração. A mediação estrutural desenvolve-se pela repetição de formas estáveis de interação, pretendendo invalidar conflitos gerados pela transformação das formas de interação.

A intervenção do Assistente Social poderá ser indireta no diagnóstico e no planeamento de estratégias de promoção da saúde mental infantil nos vários contextos; e de intervenção direta com crianças.

Na intervenção direta importa diferenciar dois conceitos: capacitação e *empowerment*. Capacitação consiste no meio de promoção da autonomia dos utentes face aos técnicos/serviços, com o intuito da aquisição de competência que possibilitem a melhor integração social do indivíduo (Fazenda, 2012). Mayer, citado por Vieira (2001), considera *empowerment* como um processo em que os indivíduos, grupos ou comunidade adquirem a capacidade que lhe permita escolher, de meios para tomar uma decisão e de agir. Para Fazenda (2012), o *empowerment* permite que o indivíduo use o seu poder para ultrapassar desvantagens, aumentando o seu controlo sobre a sua vida e as suas circunstâncias.

Na intervenção social, o indivíduo deverá ser entendido como produtores e portadores de conhecimentos, construindo as suas trajetórias e percursos sociais. É na relação com o outro que, os indivíduos recriam a sua identidade, estabelecendo relações e atribuindo-lhes significados e sentidos na ação (Vieira, 2017).

Faleiros (1999) cita Judith Lee considera que o *empowerment* tem três dimensões: fortalecimento do indivíduo, criticidade e uso de recursos. *Empowerment*

pretende fortalecer os direitos e a participação dos utentes e fiscalizar os poderes estatais e os interesses económicos. Desta forma pretende estimular a participação efetiva dos cidadãos na vida social, económica, política e cultural, bem como na distribuição equitativa dos recursos (Fazenda, s.a.)

Na prática do Serviço Social, na abordagem de *empowerment*, assenta em seis princípios segundo Pinto citada por Fazenda (s.a.): estabelecer uma relação de parceria, em que o trabalho inicia a partir do que o utente diz, o profissional presta a informação que detém e a relação entre profissional/utente equilibrada; contextualização do individual no meio envolvente; processo de desenvolvimento das capacidades e dos recursos do utente e do meio; respeito pelo ritmo do utente e a continuidade do processo; processo assente nas preferências e necessidade verbalizadas pelo utente; os profissionais deverão incentivar a participação ativa dos utentes nas decisões e nas ações produzidas.

Fazenda identifica quatro fases do processo de empowerment:

- 1 – Tomada de consciência pelos indivíduos ou grupos da sua situação de exclusão e falta de poder
 - 2 – Identificação com outros indivíduos ou grupos em situação semelhante
 - 3 – Levantamento de competências e recursos necessários para maior controle das suas vidas
 - 4 – Decisão de agir em áreas concretas
- (Fazenda, s.a., 6)

CAPÍTULO 4 - APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

“ – Será que vou cair *através* da terra? Que engraçado ir sair entre povos que andam com a cabeça para baixo! Parece-me que são os antipatas... - (...) – mas vou ter de lhes perguntar como se chama o país, claro está.” (Carroll, 2000:10)

O espírito da descoberta do desconhecido implica a procura do conhecimento, como produto de um processo de adaptação ativa (Silva e Pinto, 1987), com base na análise do pensamento e da realidade. A percepção e o conhecimento incorporam a realidade (Flick, 2005). Na presente dissertação, a realidade assenta no conhecimento prático da realidade das crianças e dos jovens, a partir da observação da repetição dos processos do quotidiano (Pais, 2002), motivando a necessidade de refletir para reorientar a prática (Silva, 1987).

Durante esta investigação optou-se por uma perspetiva caracterizada pelo modelo circular, permitindo integrar durante o processo os contributos das teorias explicativa, adequar as técnicas aos factos da realidade e às reflexões do investigador (Flick, 2005).

4.1. Objeto de estudo

O objeto de estudo são as intervenções desenvolvidas no âmbito da promoção da saúde mental infantil: procedimentos e estratégias adotadas pelos profissionais do Programa Amigos do Ziki.

4.2. Objetivos de investigação

Como objetivo geral, a investigação pretende compreender o processo de intervenção da promoção da saúde mental infantil.

Os objetivos específicos da investigação são os seguintes:

- Conhecer as necessidades dos profissionais com a saúde mental infantil antes da aplicação do programa promoção da saúde mental infantil.
- Conhecer o procedimento na aplicação de programa de promoção de saúde mental infantil.
- Compreender as estratégias do programa de saúde mental infantil.
- Identificar os constrangimentos e necessidades na aplicação de programa de promoção de saúde mental infantil.
- Conhecer o impacto da saúde mental das crianças e jovens.

4.3. Tipo de investigação

A presente investigação é qualitativa e um estudo de caso. A opção por realizar um estudo de caso deve-se ao facto de que

In general, case studies are the preferred strategy when «how» or «why» questions are being posed, when the investigator has little control over events, and when the focus is on a contemporary phenomenon within some real-life context. Such *explanatory* case studies also can be complemented by two other types – *exploratory* and *descriptive* case studies (Yin, 2003: 1).

O enfoque é na compreensão do fenómeno da saúde mental infantil, nomeadamente como os profissionais utilizam os procedimentos e as estratégias do Programa Amigos do Ziki, de forma a ter significado na promoção da saúde mental das crianças.

O referido programa destina-se a crianças dos 5 aos 7 anos de idade, com o objetivo geral de promover a saúde mental e o bem-estar para todos. A seleção deste programa teve como pressuposto os seguintes critérios: um programa que incida em crianças, de forma ampla; assente na promoção da saúde mental; e testado em mais do que uma realidade. A par destes critérios de seleção definidos para a dissertação, cumpre os indicadores para a promoção da saúde mental infantil propostos pelas organizações internacionais e pelos investigadores sobre a temática apresentados nos capítulos anteriores.

Ao longo da investigação e atendendo à dispersão das informações e necessidade de clarificação de conceitos, a fim de compreender o fenómeno da promoção da saúde mental infantil, considera-se um estudo exploratório. Desta forma procurou-se “sentidos escondidos, e abrindo pistas para exploração futura” (Guerra, 2006: 45).

4.4. Técnicas utilizadas

Recorreu-se às técnicas documentais: fontes literárias, fontes virtuais e fontes audiovisuais. Acedeu-se a documentos oficiais da Organização Mundial de Saúde, da União Europeia e estudos realizados ao Programa. No campo virtual acedeu-se a informações veiculadas pelo site da instituição Partnership for Children, do programa Zippy's Friends, da Associação Escutar e do Programa Amigos do Ziki. Ainda neste campo obteve-se acesso a vídeos publicados com testemunhos de crianças que participam e que participaram.

Foram aplicadas entrevista semi diretivas ao Coordenador e à Tradutora e responsável pela Formação e Acompanhamento do Programa Amigos do Ziki, versão portuguesa do Programa Zippy's Friends. Estas entrevistas permitiram compreender

diferentes dimensões: compreender o diagnóstico inicial para a necessidade de implementar este programa em Portugal; compreender o processo de importação do mesmo; compreender as necessidades sentidas por quem solicita a aplicação do programa; compreender as dificuldades decorrentes da aplicação do mesmo; e a avaliação global do programa.

Considerou-se que não se iria aplicar entrevista a aplicadores do programa, atendendo que se trata de um programa validado internacionalmente, sendo as práticas uniformes, tendo consciência que cada intervenor tem a sua singularidade na aplicação.

Para o tratamento de informação foi aplicada a técnica de análise de conteúdo (Vala, 1987), constituindo-se uma técnica que

tem uma *dimensão descritiva* que visa dar conta do que nos foi narrado e uma *dimensão interpretativa* que decorre das interrogações do analista face a um objecto de estudo, com recurso a um sistema de conceitos teórico-analíticos cuja articulação permite formular as regras de inferência (Guerra, 2006: 62).

4.5. Limitações do estudo

Durante o processo da dissertação foi consciente as potenciais limitações da mesma. A primeira prende-se com a familiarização com a realidade da investigadora. Para a minimizar procurou-se combinar técnicas de investigação que confrontassem a realidade, nomeadamente a realização de entrevistas exploratórias peritos na área da saúde mental, pretendendo captar a realidade em estudo sob perspetivas diferentes à que se encontrava a investigadora. Estas perspetivas contribuíram para o confronto da realidade e para o melhor conhecimento de outras perspetivas.

Outra limitação prende-se com o facto de não ter sido observado diretamente a aplicação do programa. Também pode contribuir para a limitação deste estudo, o facto do programa escolhido não ter a intervenção do Assistente Social. Desta forma, a investigadora procurou “descobrir as linhas de força” (Guerra, 2006, 33), validando ou não a intervenção do Assistente Social na promoção da saúde mental infantil.

4.6. Ética

A ética promove a ligação do investigador aos princípios, na qual resulta de uma deliberação voluntária produzida por cada indivíduo, conduzindo a uma disposição para que este aja de um modo deliberado, percebendo o que faz, refletindo livremente sobre a escolha e a executar, em justo equilíbrio com quem atua. O indivíduo tem uma herança pautada pela obediência às normas, com o significado de dever e de respeito,

promovendo a reflexão. Foi neste contexto que a investigação e as práticas profissionais foram conduzidas.

Neste sentido procurou-se respeitar e garantir os direitos dos elementos que participaram nesta investigação, pautando por uma conduta de responsabilidade, fiabilidade e rigor, objetividade, integridade, honestidade, autorização, informação, confidencialidade e de proteção.

CAPÍTULO 5 - AMIGOS DO ZIKI UMA EXPERIÊNCIA A REFLETIR

- Se não têm significado – disse o Rei, - isso poupa-nos muito trabalho, sabes, já que precisamos de nos esforçar para o achar. E todavia, não sei... - prosseguiu o Rei, desdobramos a folha sobre o joelho, e olhando para os versos com um olho aberto e o outro fechado. – Parece-me que afinal sempre significa qualquer coisa.

(Carroll, 2000: 139)

A génese do programa surge da necessidade da empresa farmacêutica SmithKline Beecham, atualmente GlaxoSmithKline ou GSK, querer fazer uma doação corporativa, com o objetivo de apoiar três programas de impacto na saúde das crianças. Um dos programas seria na área da promoção da saúde mental. Esta empresa pediu sugestões à Befrienders International, atualmente denominada por Befrienders Worldwide, para os programas. Esta organização está inserida no grupo Samaritano, no qual tinha 41 centros que prestavam serviço de escuta a pessoas sozinhas, desesperadas e com ideias suicidas. Face ao pedido realizou-se uma reunião em 1996 em Londres, na qual foi criado um programa de ajudasse as crianças a desenvolver capacidade de lidar com as várias etapas de crescimento.

O programa foi inicialmente construído para aplicação em Centros de Prevenção ao Suicídio, denominado por Reaching Young Europe. Na sua elaboração constitui-se um painel de académicos e uma empresa de produção de recursos educacionais.

O programa foi testado pela primeira vez em 1998/1999 na Dinamarca. Os resultados foram considerados como promissores, mas necessitava de ser revisto. Esta missão foi incumbida à Universidade de Quebec, em Montreal, Canadá, sob a orientação do Prof. Brian Mishara. Nesta revisão, o programa foi expandido, desenvolvendo atividades testadas. Em 2001, o novo programa foi testado na Dinamarca e na Lituânia. Os resultados foram considerados excelentes, pois as crianças participantes demonstraram melhorias nas competências sociais e de *coping*, ou seja de lidar com situações, tanto em raparigas como em rapazes.

O envolvimento da Befrienders International, instituição de prevenção do suicídio, num programa para crianças pequenas levou a criar alguma confusão na sociedade. Desta forma, a GSK estabeleceu uma nova instituição independente, com a missão de ajudar as crianças e treinar docentes. Neste âmbito surgiu a Partnership for Children, instituição de solidariedade, com a missão de promover a saúde mental e o bem-estar emocional das crianças. Esta instituição está sediada no Surrey, Inglaterra.

Inicialmente, o Programa Zippy's Friends começou a ser aplicado em Inglaterra e na Índia. Aos poucos, a GSK foi retirando o seu apoio, dando lugar a outros apoios e patrocinadores.

Atualmente, esta instituição tem cinco programas: Zippy's Friends para crianças dos 5 aos 6/7 anos; Zippy's Friends para crianças com necessidades educativas especiais; Zippy's Friends and Apple's Friends - Virtual Schools Pilot Project; Apple's Friends para crianças dos 7 aos 9 anos; e Passport para crianças dos 9 aos 11 anos. A par dos Programas dispõem de recursos educativos para docentes e pais, a fim de apoiarem crianças a lidarem com situações como o luto, bullying, divórcio ou separação.

O Programa Zippy's Friends é destinado a crianças dos 5 aos 7 anos de idade, com o objetivo de promover a saúde mental e o bem-estar para todos. A aplicação do programa é em jardins de infância, sendo os docentes os dinamizadores. Este programa está implementado em 35 países de diferentes continentes, incluindo Portugal.



Figura 2 - Distribuição geográfica da implementação do Programa Zippy's Friends

Fonte: <http://www.partnershipforchildren.org.uk/teachers/zippy-s-friends-teachers/where-is-zippy-s-friends-running-3.html> retirado a 01 de setembro de 2018

O Programa Zippy's Friends assenta em oito princípios:

- as crianças devem escolher as suas próprias soluções, através de duas regras: a solução deve ajudá-las a sentir-se melhor e a que ninguém fique magoado;
- as crianças são reforçadas nas suas capacidades e características positivas;

- a aprendizagem do *coping* incide na repetição, na exercitação e na continuidade das sessões;
- as competências são desenvolvidas em diferentes contextos, tendo em conta o desenvolvimento da criança desta faixa etária;
- participação ativa das crianças nas atividades, incrementando para que estas participem com ideias e soluções no decorrer das atividades, desde colorir, cortar, colar coisas, selecionar objetos, mover objetos, dizer coisas, bater palmas, ou atividades de dramatização;
- fomenta a cooperação e a ajuda aos outros, tanto na oferta de ajuda como em recebê-la;
- desenvolvimento de competências de avaliação do seu próprio sucesso;
- os docentes são preparados para estar disponíveis para ouvir as crianças.

O programa está dividido em seis módulos, com um número total de 24 sessões, a previsão de duração por sessão é cerca de 75 minutos. Cada módulo tem uma história em que Ziki, um inseto, e as crianças são confrontadas com situações alusivas à temática do módulo: sentimentos; comunicação; fazer e quebrar amizades; resolução de conflitos; lidar com a mudança e perda; *coping*. Os objetivos específicos dos mesmos são os seguintes:

- melhorar as capacidades das crianças em reconhecer sentimentos difíceis e identificar estratégias para enfrentar com esses sentimentos;
- melhorar as capacidades das crianças para comunicar seus sentimentos;
- melhorar as capacidades das crianças para fazerem amigos e para lidar com a rejeição e solidão;
- melhorar as capacidades das crianças para resolver conflitos;
- melhorar as capacidades das crianças para lidar com a mudança e a perda;
- melhorar as capacidades das crianças para usarem uma variedade de estratégias para enfrentar.

A metodologia do programa é centrada na história que é lida no início de cada sessão pelo docente. Após este momento, as crianças participam em atividades propostas, com o objetivo destas explorarem e compreenderem os seus sentimentos e comportamentos. Na sessão seguinte é realizada uma súmula do que aprenderam na sessão anterior, permitindo a repetição dos conteúdos principais e o reforço das aquisições. No final de cada sessão, cada criança regista numa folha de reflexão dos seus sentimentos sobre a sessão e feedback sobre a mesma.

O Programa Zippy's Friends é aplicado por docentes credenciados que frequentaram um curso de formação, em que lhes é apresentada a filosofia e a base

teórica do programa. Neste curso são familiarizados com os materiais disponíveis para dinamizá-lo. Posteriormente, os docentes são integrados em grupos de apoio à implementação do Programa.

O foco do programa é no *coping*, ou seja no processo permanente que o indivíduo recorre para lidar com as dificuldades e o stress, decorrente da vida quotidiana. Desta forma, a criança é levada a experienciar, de uma forma lúdica, estratégias e a utilização de recursos individuais, coletivos ou do outro.

O Programa tem vindo a ser amplamente avaliado, nos vários países em que está presente.

Em 2010, Aleisha Clarke e Prof. Margaret Barry do Centro de Pesquisa de Promoção da Saúde da Universidade Nacional da Irlanda, em Galway avaliaram o programa e concluíram que melhora o desempenho escolar dos alunos, quando aplicado por docentes e a crianças nesta faixa etária.

Em 2012 foi publicado um estudo na Holanda, concluindo-se que com a aplicação do programa reduziu o *bullying* e melhorou o clima em contexto de sala.

Trimbos Institute, na Holanda, em 2015, aplicou um teste de controle às crianças abrangidas pelo Zippy's Friends e pelo Apple's Friends. Concluíram que as crianças demonstraram uma melhoria nas capacidades de reconhecimento emocional e nas competências de *coping*. Segundo os pais envolvidos no estudo reconheciam-lhes uma melhoria nas competências sociais e emocionais, nomeadamente na motivação, redução de problemas de comportamento, incluindo hiperatividade e comportamento agressivo.

Na República Checa foi realizado um estudo, no ano letivo 2015/2016, aplicado a crianças que foram abrangidas por este programa, registando-se melhorias nas crianças na autorregulação e cooperação com os pares.

5.1. Amigos do Ziki

Os Amigos do Ziki é a versão portuguesa do programa. A entidade gestora do programa é a Associação Escutar. É uma associação sem fins lucrativos de âmbito nacional e internacional, com sede no Porto. A sua missão é promover a saúde mental. Esta associação tem os seguintes serviços: atendimento emocional e prevenção do suicídio; atendimento clínico e social; divulgação, debate e formação. Ao nível de programas são desenvolvidos três: Intervenção em doentes com tuberculose Multirresistente – TB Resistir; Intervenção em meio prisional – Reclusos; Programa de saúde mental e emocional em meio escolar - Amigos do Ziki. Os parceiros desta entidade são a Universidade Católica do Porto, Santa Casa da Misericórdia do Porto e

a Yudininvest - Consultores Associados. Também integra a Rede Social do Porto e a Rede de Apoio à Reabilitação Psicossocial para Pessoas com Doença Mental na área Metropolitana do Porto.

A associação Escutar acompanhou a criação do programa. Consideram prioritário a promoção e a prevenção da saúde mental, uma vez que reduz situações de doença mental. Em 2006/2007 formalizaram a intenção de deter o programa em Portugal. A equipa deslocou-se a Londres, onde contactou diretamente com o programa, observou escolas e a sua aplicação. Após este procedimento decorreram as negociações.

Em Portugal, a implementação do Programa em Portugal foi faseada. Na primeira fase, a equipa Amigos do Ziki reuniu-se com o Ministério da Educação – Direção Geral da Educação e o Ministério da Saúde – Direção Geral da Saúde. Nesta reunião conjunta, o Programa foi enquadrado na educação pré-escolar, especialmente no último ano, e no Plano Nacional de Saúde Escolar, dando seguimento às orientações curriculares e ao desenvolvimento na dimensão das competências emocionais deste nível de ensino. A segunda fase de implementação consistiu no agendamento de reunião com os responsáveis de Agrupamentos e estabelecimentos de ensino para apresentação do Programa. Com o desenvolvimento desta estratégia, a equipa considerou pertinente o contacto com os municípios de influência dos estabelecimentos. A terceira fase consiste na formação dos aplicadores do Programa. A formação consiste em 24 horas, das quais 12 são prévias ao programa e 12 horas é de supervisão à aplicação. A supervisão é realizada em três sessões, também existe um acompanhamento de suporte online. A formação é acreditada pelo Conselho Científico-Pedagógico de Formação Contínua do Ministério da Educação, pelo que os formadores têm de ser portadores de habitações reconhecidas por esta instituição.

Em Portugal, Amigos do Ziki começou a ser implementado no ano letivo 2016/2017, abrangendo 454 crianças de 51 salas de pré-escolar, com aplicação de 63 Educadoras de Infância, Docentes de Educação Especial e outros agentes. Ao nível geográfico foi aplicado nos seguintes distritos: Beja, no concelho de Odemira; Porto, nos concelhos de Amarante, Gaia, Penafiel e Porto; Santarém, no concelho de Abrantes; Setúbal, concelho de Santiago do Cacém.

Ao nível da avaliação do Programa, o mesmo foi alvo de dois momentos. Um pela Universidade do Porto – Faculdade de Psicologia. A outra avaliação foi no âmbito da Escola Superior de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa na região do Litoral Alentejano, abrangendo os concelhos de Odemira e de Santiago do Cacém.

CAPÍTULO 6 - ORIENTAÇÕES PARA UMA INTERVENÇÃO ...

- Como poderei entrar? – tornou a perguntar Alice, num tom de voz mais alto.
- Será que *podes* mesmo entrar? – inquiriu o Criado. – Sabes que essa é a primeira pergunta a fazer.

E era verdade, só que Alice não gostava que lho lembrassem

(Carroll, 2000: 65).

A curiosidade é uma característica inerente às crianças. Cabe a cada adulto apoiar o percurso de descoberta com a criança, permitindo-lhe momentos para experienciarem e para incorporar em comportamentos saudáveis.

A implementação do programa Amigos do Ziki tem decorrido por iniciativa da equipa que apresenta o programa aos Agrupamentos de Escolas, aos Municípios, à comunidade intermunicipal e áreas metropolitanas. Da incursão de apresentação do programa revelou-se uma grande aceitação do mesmo no contexto escolar. De salientar que foram manifestadas reações, em embora em reduzido número, de desvalorização da promoção da saúde mental infantil.

Em termos operacionais, o programa tem custos associados, podendo ao nível do seu financiamento os Agrupamentos suportá-los por financiamento dos pais e encarregados de educação ou donativos. Também tem ocorrido apoios dos municípios, onde os Agrupamentos estão inseridos. O custo do programa tem sido uma das dificuldades. Por outro lado, a formação acreditada a docentes é uma das mais valias associadas.

6.1. ... na promoção da saúde mental infantil

Na reflexão sobre a promoção da saúde podemos concluir que no âmbito do tema desta dissertação deverá incidir: desenvolvimento de competências pessoais (Carta Ottawa); locais potenciadores para a implementação da promoção em saúde e capacitação das pessoas e das comunidades (Declaração Jacarta); prioridade na promoção na participação ativa de todos (Declaração do México). Também identificamos cinco áreas de conteúdos na promoção da saúde: acesso à saúde; desenvolvimento de ambientes saudáveis; fortalecimento das redes sociais e de suporte social; promoção de comportamento saudáveis e estratégias de *coping*; aumento do conhecimento em saúde.

No Plano Nacional da Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2017) considera que os programas de promoção deverão contemplar as diferentes etapas do

desenvolvimento individual e familiar. A Organização Mundial de Saúde (2010) acresce a reflexão da promoção da saúde mental com orientações na política escola, em que incide na tolerância e igualdade entre indivíduos, para a participação ativa e cooperação, estabelecimento de vínculos, estimulação da criatividade e aptidões académicas e a promoção da autoestima e autoconfiança das crianças. Autores também acrescentam que a oportunidade para a aquisição de hábitos de saúde compreendem entre a infância e a adolescência, fases de desenvolvimento mais fácil para a assimilação e aprendizagem de conhecimentos. A capacidade comportamental é adquirida através de instruções claras e de treino.

Do exposto podemos incidir a intervenção para a promoção da saúde mental em dois eixos da problemática: o desenvolvimento de competências pessoais e o local potenciador para a implementação da promoção em saúde. No que diz respeito ao local, segundo a literatura, a escola é um local potenciador. A educação pré-escolar, em particular, tem documentos elaborados pelo Ministério de Educação que pautam a prática profissional dos Educadores de Infância, dos diversos estabelecimentos de ensino, sejam particulares ou públicos. Os documentos disponíveis são as orientações curriculares para a educação pré-escolar e o Plano Nacional de Educação para a Saúde. Ambos incidem na promoção da saúde e nas competências emocionais, constituindo-se recomendações para a promoção da saúde mental infantil. Nestes documentos, cada profissional poderá desenvolver estas recomendações como considerar pertinente ao grupo-turma, contexto envolvente e de acordo com as suas capacidades/competências. A sociedade civil, em Portugal, a Associação Escutar surge como elemento capacitado para a ação de corrigir a mudança ao deter um programa que permita dar forma ao cumprimento das recomendações no desenvolvimento de competências emocionais, construído e avaliado cientificamente com a aplicação em diferentes contextos culturais e sociais. A par do programa estruturado e dos materiais a utilizar, também é disponibilizada formação aos docentes que o apliquem, com crédito de formação, permitindo o aumento das competências e capacidades nesta área.

Relativamente ao desenvolvimento de competências pessoais ter-se-á que considerar três categorias: desenvolvimento individual e familiar, capacitação das pessoas e conhecimento em saúde. Considerando o desenvolvimento individual, a idade mental da criança surge como elemento referenciador. Na educação pré-escolar, nomeadamente os 5 anos de idade, são acrescentadas preocupações na integração desta no ano letivo seguinte no 1º Ciclo do Ensino Básico. As crianças ao

serem intervencionadas aos 5 anos, último ano da educação pré-escolar, implica uma capacitação das competências pessoais, com impacto na transição ao 1º Ciclo.

Face à análise realizada no enquadramento teórico e do Programa, a capacitação das crianças deverá ter os seguintes aspetos na promoção da saúde mental infantil: promoção na participação ativa de todas as crianças; fortalecimento das redes sociais e de suporte social e estabelecimento de vínculos; promoção de comportamento saudável e estratégias de *coping*; tolerância, igualdade e cooperação entre crianças; estimulação da criatividade e aptidões académicas; promoção da autoestima e autoconfiança das crianças.

Na educação pré-escolar estamos perante a socialização secundária, em que os recursos deverão assentar em técnicas pedagógicas e a relação entre o socializador e o socializado.

No que diz respeito às técnicas pedagógicas, estas incidem em elementos conservadores da realidade de rotina, ou seja utilizam conhecimento interiorizado pela criança no quotidiano. Aquando a introdução de novos conhecimentos, a criança é levada a utilizar a estratégia apreendida para a sua prática quotidiana.

Quanto à relação entre a criança e o aplicador do programa é uma parte essencial no envolvimento das atividades, bem como a relação que cada criança estabelece com o seu par. No processo de identidade, com este programa a criança adquire capacidade de exprimir e de comunicar a sua consciência da realidade, atendendo ao seu desenvolvimento, permitindo-lhe apresentar uma postura de confiança. Com este processo tendencialmente revela-se menos ansiosa e como um sentimento de segurança, compreendendo e aceitando as emoções e os sentimentos, de si e dos outros. Com o programa vai construindo e cimentando o seu padrão de comportamento. O facto da criança ter vínculo com o aplicador e com os seus pares, permite-lhe ficar menos ansiosa e a baixar a sua resistência à mudança.

Também é nos permitido analisar que através das estratégias aplicadas, atividades e relação com outro, a criança numa primeira fase assimila a experiência através das atividades propostas e posteriormente incorpora a experiência, alterando o seu processamento cognitivo, ou seja a acomodação.

Neste sentido é através do jogo que a criança adquire as competências cognitivas associadas às emoções e aos sentimentos, permitindo-lhe o cumprimento das regras, o desenvolvimento do discurso e da sua comunicação, conduz ao ajustamento do seu comportamento. Por outro lado, o jogo poderá ser visto como um processo de modelagem por referência. Com a repetição, a criança torna-se mais confiante, permitindo-lhe ser autónoma ao ser confrontada com as situações,

revelando uma melhoria na sua auto-controle e na auto-estima. Quando cimentado estas etapas para si, melhora a sua relação com o outro.

Considera-se que com o programa Amigos do Ziki incute nas crianças maior autoconfiança e autoestima, permitindo-lhes comunicarem com o outro e conhecerem-se melhor, por forma a utilizar estratégias individuais, do grupo e de outros para puderem lidar com as situações, ou seja aplicarem estratégias de *coping*.

Amigos do Ziki permite às crianças: o conhecimento de si, das emoções e dos sentimentos, melhorando a sua compreensão do seu funcionamento, aumentando com isso o conhecimento em saúde.

No que diz respeito aos Determinantes da Saúde Mental, o programa incide no fator diferenciado da vulnerabilidade, nomeadamente nos riscos precoces para o desenvolvimento. Na cimentação dos objetivos propostos do Programa tem impacto nas fases seguintes de desenvolvimento do indivíduo.

6.2. ...do Assistente Social

Com o percurso teórico realizado conclui-se que a intervenção na promoção da saúde mental infantil será mais facilmente implementada pelas estruturas comunitárias, consideradas como de primeira linha de intervenção. Nestas poder-se-ão organizar em equipas multidisciplinares. Da análise realizada ao programa, as intervenções terão maior impacto se as mesmas forem num local potenciador para os objetivos e dinamizadas por elementos com vínculos às crianças.

No que concerne ao tipo de intervenções, o Assistente Social poderá realizar intervenção na promoção da saúde mental infantil nos dois tipos de intervenção, segundo Robertis (2011), direta e indireta. Na intervenção direta poderá realizar nos contextos de Rede Social, com crianças e na escola. Nesta poderá intervir ao nível coletivo, no sentido de dinamizar ações em grupo, tendo por base o empowerment. Ainda na intervenção direta, o Assistente Social poderá atuar ao nível individual com crianças e na escola. De realçar que aquando das intervenções direta terá de ter em conta os elementos enunciados no ponto anterior.

No tipo de intervenção indireta, o Assistente Social estará presente nos contextos Rede Social e Escola. Na Rede Social, a ação do Assistente Social será enquadrado na organização e monitorização social, com a elaboração do Diagnóstico Social e do Plano de Desenvolvimento Local. Na sequência da ação anterior implica a elaboração de projetos sociais e a elaboração de intervenções sobre contexto dos utentes. No contexto escolar, o Assistente Social poderá ao nível individual colaborar com os Docentes, na preparação e no acompanhamento destes na dinamização do

programa, numa perspectiva de supervisão do mesmo. Ao nível coletivo poderá contribuir para a organização e monitorização social com proposta de necessidade do Agrupamento, implicando a proposta de implementação do programa, o levantamento de recursos necessários e análise de propostas para o seu financiamento.

CONCLUSÕES

Nos vários estudos sobre a carga global e das incapacidades, a Organização Mundial de Saúde conclui um crescimento com as perturbações mentais e de comportamento. Acresce a tendência destes indicadores com o aumento de consulta de Psiquiatria da Infância e da Juventude associadas a diferentes perturbações no âmbito da doença mental.

Ao nível conceptual importa distinguir doença e saúde. A doença está associada a uma perturbação do funcionamento do indivíduo. A saúde é entendida como um estado de bem-estar do indivíduo nos vários domínios, constituindo-se um recurso social e pessoal. Neste enquadramento, desde 1978, considera-se imperativo a intervenção nos cuidados de saúde primários e nos determinantes da saúde. A promoção da saúde emerge da Declaração Alma-Ata. O desenvolvimento da promoção da saúde implica intervir nas populações, com o intuito de melhorar a qualidade de vida, os estilos de vida e os comportamentos dos indivíduos. Com esta conceção, os indivíduos são implicados na sua própria saúde, na adoção de comportamentos saudáveis.

As organizações internacionais recomendam políticas, estratégias a serem desenvolvidas nos vários países, pautando assim as suas intervenções. Em Portugal, ao nível da reflexão na área da saúde foi constatado que a promoção da saúde mental foi objetivo desta área. Contudo, as ações de promoção nem sempre foram alcançadas, por vários fatores. Face à análise dos resultados e aos recursos disponíveis, a promoção da saúde é assumida pela Saúde Pública e pela Saúde Escolar. Nestas áreas interligam-se com a área da educação, nomeadamente com as orientações curriculares para a educação pré-escolar e Plano Nacional de Educação para a Saúde. Este último em parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde.

A sociedade civil compreende as necessidades de intervenção na área da promoção da saúde mental, tendo para o efeito reunido profissionais capacitados para refletir e elaborar programas, com as devidas aplicações para testar o mesmo, criando o Amigos do Ziki, versão portuguesa do programa Zippy's Friends. Considera-se como constrangimento à implementação o custo associado, mas superado com apoios municipais ou donativos de pais e Encarregados de Educação ou de instituições privadas. Outro constrangimento é a pouca importância dada à promoção da saúde mental infantil da população em geral. Na comunidade escolar, o programa é sempre bem acolhido e entendido pelos profissionais.

Da parte dos profissionais que aplicam o programa, as necessidades salientadas antes da aplicação são a aquisição de competências para desenvolverem as competências socioemocionais junto das crianças, evocadas com base nas preocupações internacionais. O impacto do programa nas crianças tem sido na alteração da linguagem, do comportamento, na relação com o outro e mais tranquila para as crianças na sua transição para o 1º Ciclo.

Antes da aplicação do programa é prestada formação aos aplicadores e posteriormente têm supervisão durante a aplicação e a utilização de ferramenta online de apoio. Para a aplicação, os recursos são disponibilizados ao aplicador, no qual dinamiza 24 sessões em 6 módulos. As estratégias do programa recorrem ao desenvolvimento de estratégias de empowerment do aplicador e da criança, ao nível das competências pessoais, nomeadamente nas socioemocionais. O enfoque deste programa é nas estratégias de *coping* ou seja de lidar com as situações.

O Assistente Social pode intervir na promoção da saúde mental infantil, optando por uma intervenção direta ou indireta. Na intervenção direta implica uma intervenção centrada no empowerment dos indivíduos, seja num nível individual ou coletivo. Na intervenção indireta, cabe-lhe o papel de refletir sobre as necessidades da sua população a intervencionar e colocar na agenda as políticas e as medidas a implementar. A par disto, cabe-lhe no contexto escolar colaborar com os docentes na reflexão, no diagnóstico, na compreensão das preocupações e na estratégias para implementar soluções estruturadas e de acordo com o diagnóstico.

Quando se intervêm na promoção da saúde mental infantil...

“Não se trata só de descobrir o que a criança tem dentro de si para dar mas também aumentar a sua capacidade de descobrir o que se passa nela própria, ao nível da fantasia, das emoções e dos sentimentos” João dos Santos citado por (Vidigal, 1999: 142)

BIBLIOGRAFIA

- Administração Central do Sistema de Saúde e Coordenação Nacional para a Saúde Mental (s.a.) *Rede de referência hospitalar de psiquiatria da infância e da adolescência - Documento técnico de suporte*. Disponível em http://www.chlc.min-saude.pt/ResourcesUser/CHL/Redes_de_referenciacao/DOCUMENTO_TECNICO_DE_SUORTE_RRH_PSIQ_IA_VERSAO_23_NOV.pdf.
- Albarelo, Luc *et.al*(1997) *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva Publicações.
- Allen, Karen M. e Mary Ruffolo (2016) *Knowledge and Theoretical Foundations of Health Social Work Practice* em Karen M. Allen e William Spitzer (org.) *Social Work Practice in Healthcare – Advanced Approaches and Emerging Trends*, Oaks, Sage Publications.
- Almeida, João Ferreira de e José Madureira Pinto (1987) “Da teoria à investigação empírica – Problemas metodológicos gerais” em Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto, Edições Afrontamento.
- Alves, Fátima (2011) *A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental*, Biblioteca das Ciências Sociais, Porto, Edições Afrontamento
- Alves, Fátima (2001) *Acção Social na área da Saúde Mental*, Lisboa, Universidade Aberta
- Alves, Fátima e Luísa Ferreira da Silva (sa) *Psiquiatria e comunidade: Elementos de reflexão*. Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção Atelier: Saúde.
- Amor, Teresa (2005) *Programa Rede Social: Redefinição de Políticas Sociais ou Instâncias de Governança de Base Territorial?* em *Revista Cidades e Territórios*, nº11
- Appadurai, Arjun (2000) *Grassroots Globalization and the Research Imagination* em Arjun Appadurai (Guest Editor) *Globalization, volume 2, Public Culture – Society for Transnational Culture Studies*, Durham, Duke University Press.
- Appadurai, Arjun (2004) *Dimensões Culturais da Globalização: A modernidade sem peias*, Lisboa, Editorial Teorema.

- Bajoit, Guy (2006) O papel da confiança na formação da identidade e do vínculo social em Casimiro Balsa (org.), *Confiança e Laço Social*, Lisboa, Edições Colibri, CEOS- Investigações Sociológicas FCSH-UNL.
- Balsa, Casimiro (2006) Relações de confiança e modalidades de laço social em Casimiro Balsa (org.), *Confiança e Laço Social*, Lisboa, Edições Colibri, CEOS- Investigações Sociológicas FCSH-UNL.
- Bartholomew, L.Kay et al (2011) *Planning health promotion programs – An intervention mapping approach*, Third Edition, San Francisco, Jossey-Bass
- Beaud, Stéphane e Weber, Florence (1998) *Guia para pesquisa de campo. Produzir e analisar dados etnográficos*, Rio de Janeiro: Vozes.
- Berger, André e João dos Santos (1978) *A Higiene Mental na Escola*. Lisboa: Livros Horizontes.
- Blaikie, Norman (2001), *Designing social research: the logic of anticipation*, Cambridge, Polity Press.
- Berg, Bruce L. e Howard Lune (2012) *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*, New Jersey, Pearson, Eighth Edition.
- Berger, Peter L. e Thomas Luckmann (2004) *A construção social da realidade – Um livro sobre a sociologia do conhecimento*, Lisboa, Dinalivro, 2ª Edição.
- Bettelheim, Bruno (2002) *Psicanálise dos Contos de Fadas*, Venda Nova, Bertrand Editora, 9ª Edição.
- Branco, Francisco e Inês Amaro (2011) “As práticas do “Serviço Social activo” no âmbito das novas tendências da política social: uma perspectiva portuguesa”, *Revista Serviço Social & Sociedade*, 108, Disponível em Base de Dados *SciELO*.
- Browning, Colette e Shane A. Thomas (2005) *Models of behaviour change and health promotion* em Colette Browning e Shane A. Thomas (edited) *Behavioural Change: An Evidence-based Handbook for Social and Public Health*, London, Elsevier.
- Burns, Tom R. (2004) “O futuro da democracia no contexto da globalização e da nova política” em José Manuel Leite Viegas et al (org) *Democracia, novos desafios e novos horizontes*, Oeiras, Celta Editora.
- Bury, Michael (1997) *Health and illness – In a changing society*, London, Routledge.

- Cabral, Manuel Villaverde (coord.) (2002) *Saúde e Doença em Portugal*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais
- Carapinheiro, Graça (2001) “A globalização do risco social” em Santos, Boaventura de Sousa (org.), *Globalização – Fatalidade ou utopia?*, Porto, Edições Afrontamento.
- Carapinheiro, Graça e Paula Page (2002) “As determinantes globais do sistema de saúde português”, em Pedro Hespanha e Graça Carapinheiro (org) *Risco Social e Incerteza – Pode o Estado Social recuar mais?*, Porto, Edições Afrontamento.
- Carapinheiro, Graça (2006) *A saúde enquanto matéria política em Graça Carapinheiro Sociologia da Saúde. Estudos e perspectivas*, Coimbra: Pé de Página Editores
- Carapinheiro, Graça (2007) “Saúde e risco na sociedade portuguesa – Para uma nova agenda das políticas da vida.” em José Manuel Leite Viegas et al (org.), *Portugal no Contexto Europeu, volume I, Instituições e Políticas*, Lisboa, CIES-ISCTE, Celta Editora.
- Carvalho, Graça Simões de (2004) *A criança e a Saúde Infantil em Júlia Oliveira-Formosinho (Coord.) A Criança na Sociedade Contemporânea*, Lisboa, Universidade Aberta.
- Capucha, Luís (2004) “O método aberto de coordenação das políticas sociais na União Europeia – Alcance e Limites” em José Manuel Leite Viegas et al (org) *Democracia, novos desafios e novos horizontes*, Oeiras, Celta Editora.
- Casanova, José Luís (2007) “Estrutura, orientações sociais e projectos societais” em António Firmino da Costa et al (org.), *Portugal no Contexto Europeu, volume II, Sociedade e Conhecimento*, Lisboa, CIES-ISCTE, Celta Editora.
- Castel, Robert (2012) “Devir do Estado Providência e Trabalho Social”, *Revista Locus Soci@l* (Online), 4/2012.
- Châtel, Viviane (2006) *A responsabilidade-pelo-outro: um preliminar à confiança em Casimiro Balsa* (org.), *Confiança e Laço Social*, Lisboa, Edições Colibri, CEOS-Investigação Sociológicas FCSH-UNL.
- Coller, Xavier (2005) *Cuadernos Metodológicos - Estudio de casos*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, Segunda edición.
- Comissão para os Determinantes Sociais de Saúde - OMS (2010) *Redução das desigualdades no período de uma geração – igualdade na saúde através da*

acção sobre os seus determinantes sociais. Disponível em http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/

Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007) Plano de Ação 2007-2016 - Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços Saúde Mental em Portugal

Cordeiro, J. C. Dias (1982) A Saúde Mental e a vida – pessoas e populações em risco psiquiátrico, Lisboa, Moraes Editores.

Costa, António Firmino da (1987) “A pesquisa de terreno em sociologia”, in Silva, Augusto S. e Pinto, José M. (ed) Metodologia das Ciências Sociais, Porto: Afrontamento: 129-148

Direção Geral de Saúde (2012) Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional.

Dubar, Claude (2006) A crise das identidades. A interpretação de uma mutação, Porto, Edições Afrontamento.

Dubar, Claude (1997) A Socialização – Construção das identidades sociais e profissionais, Porto, Porto Editora.

Duborgel, Bruno (1995) *Imaginário e Pedagogia*, Lisboa, Instituto Piaget.

Erikson, Erik (1976) Infância e Sociedade, Rio de Janeiro, Zahar Editores.

European Commission (2004) The State of Mental Health in the European Union

Faleiros, Vicente de Paula (1999) Estratégias em Serviço Social. 2ª Edição. São Paulo. Cortez Editora

Fazenda, Isabel (2012) “Serviço Social na Área da Saúde Mental: Princípios, Modelos e Práticas” em Carvalho, Maria Irene de (coord.), Serviço Social na Saúde, Lisboa, PACTOR – Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea.

Fazenda, Isabel (s.a.) EMPOWERMENT E PARTICIPAÇÃO, UMA ESTRATÉGIA DE MUDANÇA. Disponível em www.cpihts.com%2FPDF%2FEMPOWERMENT.pdf&usg=AOvVaw1D3kAPx4OCmNFjwSXamKEM

Fazenda, Isabel (2009). Novos Desenvolvimentos em Saúde Mental e Comunitária.

Disponível em: <http://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/511>

Fernandes, António Teixeira (2006) *Monotonia demográfica e diluição das regulações sociais*, Porto, Edições Afrontamento.

- Fernandes, António Sousa (2004) Os Direitos da Criança no Contexto das Instituições Democráticas, em Júlia Oliveira-Formosinho (Coord.) A Criança na Sociedade Contemporânea, Lisboa, Universidade Aberta.
- Fernandes, H. Barahona e Maria da Graça Barahona (1985) A Saúde Mental começa na criança, em Olindo Goveia Pereira e Jorge Correia Jesuíno (org.) Psicologia Social do Desenvolvimento, Lisboa, Livros Horizonte.
- Fernandes, Manuel Martins (2008) A Saúde também se Educa, Lisboa, Instituto Piaget
- Flick, Uwe (2005) *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*, Lisboa, Monitor.
- Fortuna, Carlos e Augusto Santos Silva (2001) “A cidade do lado da cultura: Espacialidades sociais e modalidades de intermediação cultural” em Boaventura Sousa Santos (org) Globalização: Fatalidade ou utopia?, Porto, Edições Afrontamento.
- Frey, Andy J. et al (2017) The National School Social Work Practice Model em Sosa, Leticia Villarreal et al (Eds) School Social Work: National Perspectives on Practice in Schools. New York. Oxford University Press.
- Fukuyama, Francis (1996) *Confiança – Valores sociais & criação de prosperidade*, Lisboa, Gradiva Publicações.
- Garcês, Inocência Margarida (2001) Saúde Mental Infantil e Juvenil em Fátima Alves (coord) Acção Social na área da Saúde Mental, Lisboa, Universidade Aberta
- Giddens, Anthony (2006) O mundo na era da globalização, Lisboa, Editorial Presença, 6ª Edição.
- Glanz, Karen (1999) Teoria num Relance. Um Guia para a Prática da Promoção da Saúde em L.B. Sardinha et al (Eds.) Promoção da Saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo, Lisboa, Edições FMH.
- Grupo de Trabalho sobre Educação Especial (2014) Relatório do Grupo de Trabalho sobre Educação Especial, Lisboa, Governo de Portugal.
- Guerra, Isabel Carvalho (2006) Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso, Estoril, Príncípia Editora.
- Hespanha, Pedro (2008) “Políticas sociais: novas abordagens, novos desafios”, *Revista Ciências Sociais*, 39-1.

- Hespanha, Pedro et al. (2002) “Globalização insidiosa e excludente. Da incapacidade de organizar respostas à escala local” em Pedro Hespanha e Graça Carapinheiro (org) *Risco Social e Incerteza – Pode o Estado Social recuar mais?*, Porto, Edições Afrontamento.
- Hespanha, Pedro (2001) “Mal estar e risco social num mundo globalizado: novos problemas e novos desafios para a teoria social” em Boaventura Sousa Santos (org) *Globalização: Fatalidade ou utopia?*, Porto, Edições Afrontamento.
- Iturra, Raúl (1987) “Trabalho de campo e observação participante em Antropologia” em Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto, Edições Afrontamento.
- Leite, Cristiana Sofia de Freitas (2018) *Efeitos do programa Amigos do Ziki nas competências socioemocionais no período pré-escolar*, Dissertação Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, Universidade do Porto.
- Lofland, John et al (2006) *Analying Social Settings: a guide to qualitative observation and analysis*, Wadsworth, Cengage Learning, Fourth Edition.
- Lopes, Noémia e Felismina Mendes (2007) “Quotidianos de saúde em mudança” em Maria das Dores Guerreiro et al (org.), *Portugal no Contexto Europeu, volume III, Quotidiano e Qualidade de Vida*, Lisboa, CIES-ISCTE, Celta Editora.
- Lopes, Policarpo (2006) *A recomposição da autoconfiança e reconfiguração do laço social* em Casimiro Balsa (org.), *Confiança e Laço Social*, Lisboa, Edições Colibri, CEOS- Investigações Sociológicas FCSH-UNL.
- Malrieu, Philippe (1996) *A construção do imaginário*, Lisboa, Instituto Piaget.
- Martins, Helena Isabel Rodrigues (2012) *O agir do assistente social nas Equipas de Intervenção Precoce*, Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Lisboa, Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas, ISCTE.
- Martins, Susana da Cruz et al (2007) “Padrões de vida na sociedade contemporânea” em Maria das Dores Guerreiro et al (org.), *Portugal no Contexto Europeu, volume III, Quotidiano e Qualidade de Vida*, Lisboa, CIES-ISCTE, Celta Editora.
- Maxwell, Joseph A. (2005) *Qualitative Research Design – An Interactive Approach*, Second Edition, Oaks, Sage Publications.
- Mendonça, Manuela de (2002) *Mais vale prevenir... Memórias de uma Época e de um Contributo para a Saúde Mental Infantil*, Coimbra, Edições Minerva.

- Merton, Robert (1968) *Sociologia. Teoria e Estrutura*, São Paulo, Editora Mestre Jou.
- Ministério da Saúde – Alto Comissariado da Saúde (2008) *Resumo Executivo – Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*, Lisboa, Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Ministério da Saúde (2017) *Relatório de Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*.
- Ministérios da Saúde (2017a) *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017* Lisboa: Direção-Geral da Saúde
- Ministério da Saúde (2016) *Modelo de Governação a 2020 – Plano Nacional de Saúde e Programas de Saúde Prioritários* Lisboa: Direção-Geral da Saúde
- Ministério da Saúde – Alto Comissariado da Saúde (2009) *Recomendações para a prática clínica de saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*, Lisboa, Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Mozzicafreddo, Juan (1997) *Estado Providência e Cidadania em Portugal*, Oeiras, Celta Editora.
- Mucchielli, Roger (1994) *A entrevista não-diretiva*, São Paulo, Martins Fontes, 2ª Edição.
- Naidoo, Jennie et Jane Wills (2009) *Foundations for health promotion*, Edinburgh, Elsevier, 3rd ed.
- Pais, José Machado (2002) *Sociologia da Vida Quotidiana*, Lisboa, ICS.
- Pais, José Machado (1984) Fontes documentais em sociologia da vida quotidiana em *Análise Social I*, vol. XX (83). 1984
- Papalia, Diane E. et al (2001) *O mundo da criança*. 8ª Edição, Lisboa: Editora McGraw-Hill.
- Pedroso, P. (2010), “Modelos de activação: workfare ou dupla activação?” in *Modelos de activação dos desempregados: os desafios estruturais e as condicionantes conjunturais*, Lisboa, GEP/MTSS, pp. 45-67
- Pereira, Olindo Goveia e Jorge Correia Jesuino (1985) *A Socialização como Processo*, em Olindo Goveia Pereira e Jorge Correia Jesuino (org.) *Psicologia Social do Desenvolvimento*, Lisboa, Livros Horizonte.

- PNUD (2014) *Relatório do Desenvolvimento Humano 2014 – Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resiliência*. Disponível em hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2014_pt_web.pdf
- Programa para Nacional para a Saúde Mental (2013) *Portugal: Saúde Mental em números – 2013*, Lisboa, Direção-Geral de Saúde.
- Programa para Nacional para a Saúde Mental (2014) *Portugal: Saúde Mental em números – 2014*, Lisboa, Direção-Geral de Saúde.
- Programa para Nacional para a Saúde Mental (2016) *Portugal: Saúde Mental em números – 2015*, Lisboa, Direção-Geral de Saúde.
- Reis, Joaquim da Cruz (2005) *O que é a saúde?*, Lisboa, Nova Vega
- Restrepo, Olga (2003) *Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas*, Buenos Aires, Espacio Editorial.
- Ribeiro, José Luís Pais (1998) *Psicologia e Saúde*, Lisboa, ISPA
- Robertis, Cristina de (2011) *Metodologia da Intervenção em Trabalho Social*, Porto, Porto Editora.
- Rodrigues, Fernanda (2002) “Assistência Social: Uma política reticente em tempo de globalização”, em Pedro Hespanha e Graça Carapinheiro (org) *Risco Social e Incerteza – Pode o Estado Social recuar mais?*, Porto, Edições Afrontamento.
- Rodrigues, Fernanda (2008) “Novas Políticas Sociais Novas: entre «belas» e «Senãos»”, *Locus SOCI@L* (Online) 1/2008.
- Rosanvallon, Pierre (s.a.) *A crise do Estado Providência*, Lisboa, Editorial Inquérito, 2ª Edição.
- Santos, Boaventura Sousa (2001) “Os Processos da Globalização” em Boaventura Sousa Santos (org) *Globalização: Fatalidade ou utopia?*, Porto, Edições Afrontamento.
- Santos, Boaventura Sousa e Sílvia Ferreira (2002) “A reforma do Estado-Providência entre globalizações conflituantes” em Pedro Hespanha e Graça Carapinheiro (org) *Risco Social e Incerteza – Pode o Estado Social recuar mais?*, Porto, Edições Afrontamento.
- Siefert, Kristine e Debbie Shelton (2016) “Community Health and Health Promotion” em Karen M. Allen e William J. Spitzer (org.) *Social Work Practice in Healthcare – Advanced Approaches and Emerging Trends*, Oaks, Sage Publications.

- Silva, Augusto Santos (1987) “A ruptura com o senso comum nas Ciências Sociais” em Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (orgs.), Metodologia das Ciências Sociais, Porto, Edições Afrontamento.
- Silva, Augusto Santos e José Madureira Pinto (1987) “Uma visão global sobre as Ciências Sociais” em Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (orgs.), Metodologia das Ciências Sociais, Porto, Edições Afrontamento.
- Silva, Augusto Santos (2004) “Sociedade civil, democracia local e desenvolvimento” em José Manuel Leite Viegas et al (org) Democracia, novos desafios e novos horizontes, Oeiras, Celta Editora.
- Silva, Teresa (2012) “Promoção da Saúde em Meio Escolar no Quadro das Políticas Públicas Saudáveis” em Carvalho, Maria Irene de (coord.), Serviço Social na Saúde, Lisboa, PACTOR – Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea.
- Singer, Peter (2004) *Um só mundo - A ética da globalização*, Lisboa, Grávida Publicações.
- Soulet, Marc-Henry (2006) Confiança e capacidade de acção. Agir em contexto de inquietude. em Casimiro Balsa (org.), Confiança e Laço Social, Lisboa, Edições Colibri, CEOS- Investigações Sociológicas FCSH-UNL.
- Spitzer, William e Karen M. Allen (2016) The Organizational Context of Healthcare Social Work Practice em Karen M. Allen e William Spitzer (org.) Social Work Practice in Healthcare – Advanced Approaches and Emerging Trends, Oaks, Sage Publications.
- Teasley, Martell e Laura Richard (2017) Changing the paradigm for school social work roles em Sosa, Leticia Villarreal et al (Eds) School Social Work: National Perspectives on Practice in Schools. New York. Oxford University Press.
- Vala, Jorge (1987) “A análise de conteúdo” em Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (orgs.), Metodologia das Ciências Sociais, Porto, Edições Afrontamento.
- Vidigal, Maria José et al (1999) Memórias de utopias – Elementos para a História da Saúde Mental Infantil em Portugal, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Vieira, Isabel de Freitas (2017) A participação – Um paradigma para a intervenção social, 2ª Edição, Lisboa, Universidade Católica Editora

Weber, Philippe (2011) *Dinâmicas e Práticas do Trabalhador Social*, Porto, Porto Editora.

Wilkinson, Richard e Kate Pickett (2010) *O Espírito da Igualdade – Por que razão sociedades mais igualitárias funcionam quase sempre melhor*, Lisboa, Editorial Presença.

WHO (2001) *Relatório Mundial da Saúde – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Disponível em www.who.int/whr/2001/en/

WHO (2008) *European Pact for Mental Health and Well Being*

WHO (2011) *Impact of economic crises on mental health*. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications/2011/impact-of-economic-crises-on-mental-health>

WHO Estatística Disponível em http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html/

WHO e CGF (2014) *Social Determinants of Mental Health*, Geneva, WHO

Disponível em http://www.who.int/mental_health/publications/gulbenkian_paper_social_determinants_of_mental_health/en/

Yin, Robert K. (2003) *Case Study Research – design and methods*, Third Edition, Oaks, Sage Publications.

Sites consultados

<http://www.partnershipforchildren.org.uk/>

<http://www.partnershipforchildren.org.uk/zippy-s-friends.html>

<http://escutar.pt/>

<http://amigosdoziki.pt/>

ANEXOS

ANEXO 1 – DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE MENTAL

Saúde Mental – determinantes e intervenções		
Fatores diferenciados	Determinante	Intervenção
Acesso Diferenciado aos cuidados de saúde	Falta de serviços disponíveis	Melhoria da disponibilidade dos serviços de saúde mental através da integração nos cuidados de saúde gerais
	Serviços inaceitáveis	Garantia de que o nível cultural e linguístico do de pessoal de saúde mental é aceitável
	Obstáculos económicos aos cuidados	Prestação de serviços financeiramente acessíveis
Consequências diferenciadas	Consequências financeiras do impacto da depressão na produtividade	Apoio aos prestadores de cuidados na protecção dos agregados familiares das consequências financeiras da depressão; programas de reabilitação
	Consequências sociais da depressão	Campanhas anti-estigma; promoção de redes familiares e sociais de apoio
	Consequências financeiras do tratamento da depressão	Redução dos custos
	Consequências da depressão no estilo de vida	Promoção da saúde mental, incluindo estratégias de prevenção do abuso de substâncias
Vulnerabilidade diferenciada	Riscos precoces para o desenvolvimento	Promoção programas de DPI
	Riscos precoces para o desenvolvimento, doença mental materna, fraca ligação entre mãe e criança	Intervenções mãe/criança, incluindo amamentação
	Riscos para o desenvolvimento na adolescência	Programas de prevenção de depressão destinados a adolescentes
	Riscos para o desenvolvimento de adultos mais velhos	Programas de educação e gestão de stress; mecanismos de apoio de pares
	Falta de acesso a facilidades de crédito ou poupança	Melhoria do acesso a facilidades de crédito e poupanças pelos pobres
Exposição diferenciada	Violência/crime	Programas de prevenção da violência/crime
	Fragmentação social	Promoção de programas que aumentam a coesão familiar e maior coesão social
	Desastres naturais	Programas de apoio a trauma e stress
	Prevenção de acidentes	Dedicação às condições de privação múltipla
	Habitação desadequada	Intervenções de melhoria de habitação
	Bairros pobres	Programas de realojamento
	Desemprego	Programas de emprego, formação de capacidades
Contexto e posição socioeconómica	Falta de políticas e legislação do governo; enquadramento de direitos humanos	Reforço da política de saúde mental; legislação e infra-estrutura de serviços
	Abuso de substâncias	Políticas de álcool e drogas
	Estigma	Programas de promoção da saúde mental
	Desemprego	Políticas económicas para promoção da estabilidade e segurança financeira e fornecimento do financiamento adequado para uma gama de serviços do sector público (saúde, serviços sociais, habitação)
	Insegurança financeira	Políticas de bem-estar com rede de segurança financeira
	Stress no trabalho	Políticas de protecção do emprego (por exemplo, restrições do trabalho excessivo por turnos, protecção dos direitos do trabalhador, segurança no emprego)
	Educação insuficiente	Educação básica obrigatória, incentivos, apoio financeiro
Retirado (OMS, 2010: 106)		

ANEXO 2 - QUADRO – RESUMO ORIENTAÇÕES INTERVENÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Problemática	Categoria	Sub-categorias	Indicadores do Programa
Desenvolvimento de competências pessoais	Desenvolvimento individual e familiar	Idade mental	- Construção do Programa tendo em conta a fase de desenvolvimento a crianças dos 5 aos 7 anos em diferentes contextos.
			- Recursos educativos para docentes e pais
	Capacitação das crianças	Promoção na participação ativa de todas as crianças	- Participação ativa das crianças nas atividades, incrementando para que estas participem com ideias e soluções no decorrer das atividades, desde colorir, cortar, colar coisas, selecionar objetos, mover objetos, dizer coisas, bater palmas, ou atividades de dramatização.
		Fortalecimento das redes sociais e de suporte social e estabelecimento de vínculos	- Desenvolvimento de competências de avaliação do seu próprio sucesso.
			- Fomenta a cooperação e a ajuda aos outros, tanto na oferta de ajuda como em recebê-la.
		Promoção de comportamento saudável e estratégias de <i>coping</i>	- Comunicar seus sentimentos; capacidades das crianças para fazerem amigos e para lidar com a rejeição e solidão
			- As crianças devem escolher as suas próprias soluções, através de duas regras: a solução deve ajudá-las a sentir-se melhor e a que ninguém fique magoado.
			- Comunicar seus sentimentos.
			- Capacidades das crianças para fazerem amigos e para lidar com a rejeição e solidão; resolver conflitos; lidar com a mudança e a perda; para usarem uma variedade de estratégias para enfrentar.
			- Aprendizagem do <i>coping</i> incide na repetição, na exercitação e na continuidade das sessões.
		Tolerância, igualdade e cooperação entre crianças	- Fomenta a cooperação e a ajuda aos outros, tanto na oferta de ajuda como em recebê-la.
		Estimulação da criatividade e aptidões académicas	- Atividades, desde colorir, cortar, colar coisas, selecionar objetos, mover objetos, dizer coisas, bater palmas, ou atividades de dramatização
		Promoção da autoestima e autoconfiança das crianças	- As crianças são reforçadas nas suas capacidades e características positivas.
Locais potenciadores para a implementação da promoção em saúde	Conhecimento em saúde	Competências emocionais	sentimentos; comunicação; fazer e quebrar amizades; resolução de conflitos; lidar com a mudança e perda; <i>coping</i>
			- Aplicadores docentes
	Escola	Estabelecimentos com educação pré-escolar	- Docentes são preparados para estar disponíveis para ouvir as crianças.

ANEXO 3 - QUADRO – RESUMO ORIENTAÇÕES INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL

Intervenção	Contextos	Nível de Intervenção	Ações
Direta	Rede Social	Coletivo	- Intervenção em grupos
	Crianças	Coletivo	- Intervenção em grupos
		Individual	- Intervenção individual
	Escola	Coletivo	- Intervenção em grupos
		Individual	- Intervenção individual
Indireta	Rede Social	Coletivo	- Organização e monitorização social (elaboração do Diagnóstico Social e do Plano de Desenvolvimento Local). - Elaboração de projetos sociais. - Intervenções sobre contexto dos utentes.
	Escola	Individual	- Colaboração com Docentes.
		Coletivo	- Organização e monitorização social. - Elaboração de projetos sociais. - Intervenções sobre contexto dos utentes.

ANEXO 4 - GUIÃO DE ENTREVISTA

Diagnóstico inicial

Importação do modelo

Necessidades sentidas pelas pessoas que procuram

Perfil de quem procura

Procedimento para aplicação

Estratégias utilizadas pelo programa

Acompanhamento na aplicação

Apreciação dos alunos

Apreciação dos aplicadores

