

# Intervenção em crianças e jovens com processos de promoção e proteção e comportamentos aditivos e dependências

Manual



## Ficha Técnica

**Título:** Intervenção em crianças e jovens com processos de promoção e proteção e comportamentos aditivos e dependências . Manual

### Entidades Participantes:

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD)  
Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.  
Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.  
Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.  
Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.  
Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.  
Instituto de Segurança Social, I.P.  
Santa Casa da Misericórdia de Lisboa  
Casa Pia de Lisboa  
Gabinete da Família, da Criança, do Jovem e do Idoso e contra a violência doméstica do Ministério Público  
Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens  
Ordem dos Médicos - Colégio de Psiquiatria da Infância e da Adolescência  
Associação de Respostas Terapêuticas (A.R.T.)  
A Barragem, Fundação Portuguesa para o Estudo, Prevenção e Tratamento das Dependências  
Centro Social Convívios Fraternos

### Coordenação:

Graça Vilar, Domingos Duran, Irene Reis  
SICAD | Direção de Serviços de Planeamento e Intervenção | Divisão de Intervenção Terapêutica

**Autores:** Domingos Duran (SICAD), Irene Reis (SICAD), Andreia Ribeiro (DICAD ARS I.P Norte), Ângelo Sousa (DICAD ARS I.P LVT), Carina Faria (Casa Pia de Lisboa), Carla Frazão (DICAD ARS I.P LVT), Carla Silva (A.R.T.), Carlos Rodrigues (MP – Gabinete da Família, do Jovem, da Criança e do Idoso e contra a Violência Doméstica), Cláudia Paulo (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa); Cláudia Sá (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa), Cristina Proença (DICAD ARS I.P LVT), Cristina Luazes (A Barragem, Fundação Portuguesa para o Estudo, Prevenção e Tratamento das Dependências), Dina Macedo (ISS I.P), Fátima Silva (CNPDPJ), Graça Milheiro (OM – Colégio de Psiquiatria da Infância e da Adolescência), Helena Gonçalves (MP – Gabinete da Família da Criança e do Jovem), Isabel Prata (DICAD ARS I.P LVT), Jorge Zacarias (DICAD ARS I.P Centro), Lina Alexandre (DICAD ARS I.P Alentejo), Lucinda Correia (Casa Pia de Lisboa), Luísa Morais (DICAD ARS I.P Norte), Margarida Pinto (DICAD ARS I.P Algarve), Michelle Zuzarte (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa), Nuno Cardoso (A.R.T.) Sofia Macedo (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa), Sofia Martelo (DICAD da ARS I.P Alentejo).

### Editor:

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências  
Morada: Parque da Saúde Pulido Valente, Edifício SICAD, Alameda das Linhas de Torres, N.º 117, 1750-147 Lisboa  
Grafismo: SICAD / EMSI

Edição: dezembro de 2022

ISBN:

Impressão:

Depósito Legal:

Tiragem:

- De referir a participação de Joana Leonardo e de Filipa Cunha (SICAD), no suporte à conceção e organização gráfica.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

# Intervenção em crianças e jovens com processos de promoção e proteção e comportamentos aditivos e dependências

## Manual



Dezembro de 2022

# Índice

<b>I. INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>II. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS</b>	<b>10</b>
<b>III. ADOLESCÊNCIA</b>	<b>13</b>
<b>IV. SISTEMA DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO À INFÂNCIA E JUVENTUDE –(SPPIJ)</b>	<b>15</b>
<b>1. Enquadramento Legal e Definições Essenciais:</b>	<b>15</b>
<b>2. A Lei de Promoção e Proteção de Crianças e Jovens:</b>	<b>17</b>
A. Quando tem lugar a intervenção:	17
B. A quem cabe a intervenção:	18
C. Princípios que orientam a intervenção para a promoção dos direitos e proteção da criança ou do jovem em perigo:	20
D. Medidas de promoção e proteção:	21
E. Duração das medidas de promoção e proteção:	22
F. A medida de acolhimento residencial	23
<b>V. ADOLESCÊNCIA E ADIÇÕES</b>	<b>26</b>
<b>1. A entrevista em sede de processo de promoção e proteção</b>	<b>26</b>
<b>2. Classificação dos consumos, níveis de risco e intervenções preconizadas</b>	<b>30</b>
<b>3. Fluxograma global da Rede de Referência / Articulação</b>	<b>33</b>
<b>4. Riscos associados ao consumo / uso problemático</b>	<b>33</b>
<b>5. Comorbilidades de saúde mental</b>	<b>34</b>
<b>6. Perturbação do Jogo</b>	<b>35</b>

<b><u>VI. RESPOSTAS E INTERVENÇÕES PARA CRIANÇAS E JOVENS COM COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS</u></b>	<b>37</b>
<b>A. Prevenção</b>	<b>38</b>
<b>B. Redução de Riscos e Minimização de Danos</b>	<b>43</b>
<b>C. Tratamento</b>	<b>45</b>
<b>D. Reinserção</b>	<b>53</b>
<b><u>VII. RECURSOS DE APOIO À DECISÃO NO PROCESSO DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO</u></b>	<b>58</b>
<b><u>VIII. RECOMENDAÇÕES E CONCLUSÕES</u></b>	<b>61</b>
<b><u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b>	<b>71</b>
<b><u>LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS</u></b>	<b>73</b>
<b><u>X. RECURSOS PARA CONSULTA/CONSULTAS ESPECIALIZADAS PARA A ATENDIMENTO A JOVENS</u></b>	<b>74</b>
<b><u>ANEXOS PARA CONSULTA</u></b>	<b>84</b>

## Índice de Tabelas

Tabela 1 -Comparação entre intervenção da promoção e proteção e Intervenção tutelar educativa.....	16
Tabela 2 - Medidas de Promoção e Proteção .....	22
Tabela 3 - Revisão das Medidas de Promoção e Proteção.....	23
Tabela 4 - Cessação das Medidas de Promoção e Proteção.....	23
Tabela 5 - Medida de Acolhimento Residencial .....	23

## Índice de Figuras

Figura 1 -Fatores de risco e fatores de proteção .....	27
Figura 2 - Classificação dos consumos (SICAD) .....	31
Figura 3 - Níveis de consumo, risco e de intervenção no âmbito dos CAD (SICAD) .....	32
Figura 4 - Fluxograma geral da rede de referência/articulação (SICAD) .....	33
Figura 5 - Fatores mais associados à emergência de problemas de jogo, (Linhas de Orientação Técnica para a intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências sem Substância, pp 30, SICAD 2018) .....	36
Figura 6 - Intervenções Preventivas .....	38
Figura 7 - Níveis de Prevenção. ....	40
Figura 8 - Programas e estruturas sócio sanitárias. ....	44
Figura 9 - Critérios para escolha de contexto terapêutico .....	49
Figura 10 - Elementos centrais para definição de reinserção .....	53
Figura 11 - Níveis de avaliação em reinserção .....	57
Figura 12 - Algoritmo da Rede de Referência/Articulação no âmbito dos CAD .....	59

# I. Introdução

A intervenção com crianças e jovens com comportamentos aditivos e dependências (CAD) traz aos técnicos que trabalham no terreno inúmeros desafios, na busca constante das respostas mais ajustadas às necessidades deste grupo, por forma a cumprir com o superior interesse dos mesmos.

O sistema de promoção dos direitos e proteção à infância e juventude em vigor em Portugal consagra que, a promoção dos direitos e proteção das crianças e dos jovens incumbe, em regime subsidiário, às entidades com competência em matéria de infância e juventude, às Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) e aos Tribunais de Família e Menores (TFM).

Este modelo pressupõe que todas as entidades integradas neste Sistema possam ter mecanismos de atuação céleres, rigorosos e profícuos, no sentido de poderem acautelar as situações de risco e ou de perigo às quais as crianças e jovens estejam expostos.

A abordagem que é solicitada aos profissionais que atuam neste contexto, pressupõe a adoção de estratégias colaborativas entre os elementos que desenvolvem funções na área da proteção das crianças e jovens e os que desenvolvem as suas funções enquanto entidades de primeira linha de intervenção no domínio da saúde.

O modelo de atuação desenvolvido pelos profissionais junto de crianças e jovens em perigo no âmbito dos CAD e a interligação deste com os Processos de Promoção e Proteção, convida a uma descoberta refletida, para que as práticas profissionais possam ter o alcance pretendido.

Na área da promoção dos direitos e da proteção das crianças e dos jovens, o atual quadro legislativo reconhece a imensa importância que as estruturas da saúde têm em prol da defesa dos direitos das crianças e jovens, atribuindo-lhes a missão de, enquanto entidades de proximidade, poderem atuar de forma a sanar situações de perigo. No entanto, sempre que tal não seja possível dentro da sua esfera de atuação, podem e devem procurar a intervenção junto das CPCJ no sentido de acautelar a situação de perigo verificada, sendo que a intervenção judicial surge apenas quando às CPCJ não foi possível realizar a intervenção preconizada, ou quando não esteja instalada CPCJ com competência no município ou freguesia da área da residência.

É hoje reconhecida a ampla capacidade de resposta dada por todos os profissionais atuantes na área da proteção de crianças e jovens em perigo no âmbito dos CAD. Contudo, e tendo em consideração que as formas de atuação abrangem um largo espectro de intervenção e que os mecanismos de resposta das CPCJ e TFM devem ser o mais ajustados possível à especificidade deste grupo concreto, importa definir circuitos de articulação que tornem a resposta protetiva o mais adequada possível.

O manual que ora se apresenta, procura contextualizar conceitos e modelos de intervenção em sede de promoção e proteção de crianças e jovens que apresentem comportamentos aditivos e/ou dependências, constituindo-se como uma ferramenta útil para os profissionais que atuam nesta área.

Deste modo, procura-se dar conhecimento do dispositivo de estruturas específicas que atuam na área dos CAD, de intervenções realizadas junto das crianças e jovens, dos limites das mesmas, bem como explicar o modelo de intervenção subjacente à Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP) que legitima a intervenção das CPCJ e TFM.

A necessidade de aproximação entre o modelo adotado pelos profissionais da saúde especializados na área dos CAD e a atuação no âmbito da proteção de crianças e jovens, aliada às mudanças ocorridas nas legislações enquadradoras destes dois domínios, justificam a necessidade de elaboração de um manual que possa congrega a informação de forma sistematizada e integradora, procurando a união de esforços em prol do superior interesse das crianças e jovens.

Para elaboração deste Manual, foram recolhidos inúmeros contributos de vários stakeholders que, por força das suas competências técnicas e profissionais, reúnem amplos conhecimentos na área da intervenção em sede de processo de promoção e proteção, sob a tipologia de CAD.

Pese embora existam registos de CAD em crianças com idades inferiores a 13 anos, é sobretudo a partir desta idade que este fenómeno ganha maior expressão. Este facto é ainda consubstanciado pelos inúmeros estudos e investigações conduzidos pelo SICAD e por outras entidades, que evidenciam que a maior incidência de registos deste tipo de comportamentos, é acima dos 13 anos. Assim e para melhor enquadrar este documento, consensualizou-se que seria escolhida a expressão “jovem” para indicar a faixa etária sobre a qual nos pretendemos debruçar.

Assim, e não obstante todo o enquadramento normativo abranger tanto crianças como jovens, pelos motivos acima mencionados e para circunscrever melhor a faixa etária onde há mais registos de CAD, dentro da infância e juventude, iremos focar-nos sobretudo nos jovens entre os 13 e os 25 anos, aplicando o termo “jovem” ao longo deste documento.



## II. Dados epidemiológicos

A incidência dos CAD junto dos jovens portugueses, tem sido ao longo da última década, alvo de enquadramento epidemiológico, na medida em que têm sido realizados inúmeros estudos e conduzidas várias investigações, para melhor caracterizar e dimensionar este fenómeno.

Importa, assinalar e evidenciar, alguns dos dados mais importantes dos vários estudo e relatórios publicados, para que possamos contextualizar os CAD junto dos jovens.

O Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Droga e outros Comportamentos Aditivos e Dependências de 2019 ECATD-CAD (SICAD), que resultou da aplicação do questionário ESPAD<sup>1</sup> em amostra representativas dos alunos do ensino público com idades entre os 13 e 18 anos, em Portugal, evidenciou o seguinte:

- A grande maioria (68%) dos inquiridos já ingeriu uma bebida alcoólica ao longo da vida, sendo um pouco menor (59%) a percentagem que bebeu álcool nos 12 meses anteriores à inquirição. Os consumidores atuais de álcool, isto é, os inquiridos que tomaram uma bebida alcoólica nos 30 dias anteriores à inquirição, constituem um grupo muito considerável (38%);
- O tabaco é a segunda substância psicoativa mais consumida: 38% dos inquiridos fumaram tabaco alguma vez na vida, enquanto 29% fizeram-no no último ano e 18% no último mês. Entre as formas de tabaco mais consumidas, destaca-se o tabaco de combustão (cigarros ditos tradicionais), seguindo-se os cigarros eletrónicos, cuja prevalência de experimentação (22%) já se aproxima da do consumo de tabaco de combustão (29%);
- 15% dos alunos já consumiram ao longo da vida uma qualquer droga ilícita, sendo que são um pouco menos os que o fizeram no último ano (13%) e bastante menos os que o fizeram no mês anterior à inquirição (6%);
- A cannabis é, de longe, a substância ilícita mais consumida (13%, 12% e 6% nas temporalidades do longo da vida, últimos 12 meses e últimos 30 dias, respetivamente);
- 17% dos inquiridos consumiram alguma vez na vida por indicação médica tranquilizantes e 12% consumiram estimulantes cognitivos (nootrópicos), sendo naturalmente inferior a percentagem que o fez no último ano (9% e 7%, respetivamente) e no último mês (4%, em ambos os casos);
  - consumo de tabaco e o consumo de drogas ilícitas são práticas mais masculinas do que femininas. O mesmo não acontece com o consumo de bebidas alcoólicas, uma vez que as

---

<sup>1</sup> O European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) é um projeto europeu, que se realiza a cada 4 anos desde 1995, contando com a participação de Portugal desde o início, e que recolhe informação entre os alunos que completam 16 anos de idade no ano do estudo.

prevalências de ingestão de álcool são bastante aproximadas entre os elementos de ambos os sexos, tal como a prática da embriaguez;

- As prevalências de consumo recente de bebidas alcoólicas variam entre 21% (13 anos) e 85% (18 anos), enquanto as de tabaco entre 8% (13 anos) e 47% (18 anos) e as de drogas ilícitas entre 2% (13 anos) e 27% (18 anos);
- Praticamente todos os alunos (96%) acederam a redes sociais nos 7 dias anteriores à inquirição, enquanto uma grande maioria (72%) jogou jogos eletrónicos no último mês. O jogo a dinheiro é muito menos prevalente: 13% jogaram a dinheiro no último ano, com destaque para apostas desportivas e lotarias;
- O jogo a dinheiro é uma prática mais masculina do que feminina, sendo a diferença entre os dois sexos particularmente acentuada;
- No que diz respeito ao tempo diário passado na Internet, destaca-se o acesso a redes sociais: na semana anterior à inquirição, 55% acederam a redes sociais durante 4 ou mais horas num dia sem escola, enquanto a percentagem que fez o mesmo num dia de escola é de 32%.

Um outro estudo, conduzido pelo SICAD no Dia da Defesa Nacional – “Comportamentos Aditivos aos 18 anos, Inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional” 2021 (SICAD), assinala o seguinte:

- Em cada 10 jovens de 18 anos, 9 beberam álcool, 5 fumaram tabaco, 2 a 3 consumiram pelo menos uma vez uma substância ilícita, principalmente a canábis, seguida por substâncias estimulantes como as anfetaminas/metanfetaminas e a cocaína. Por sua vez, 5 em cada 100 jovens declararam ter tomado tranquilizantes/sedativos sem receita médica neste período;
- No que diz respeito ao álcool mantém-se o cenário de uma elevada prevalência de consumos intensivos por ocasião. Em cada 10 jovens, 6 referem ter-se embriagado ligeiramente pelo menos uma vez nos 12 meses anteriores, 5 beberam de forma binge e 3 embriagaram-se severamente;
- Cerca de 3 em cada 10 jovens declararam ainda ter experienciado pelo menos um de sete problemas apresentados no questionário, atribuídos ao consumo de bebidas alcoólicas e/ou de substâncias ilícitas. O principal problema selecionado consistiu nas situações de mal-estar emocional;
- Destacam-se os jovens do sexo masculino, com escolaridade mais baixa (portanto, alunos que reprovaram vários anos) e trabalhadores-estudantes como aqueles que têm um maior contacto com substâncias psicoativas, consomem mais frequentemente e têm uma maior experiência de problemas que atribuem a estes consumos. Uma análise mais fina das diferenças intergrupais demonstra por sua vez algumas variações a este padrão.

O Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2021<sup>2</sup>, indica-nos que no ano em apreço, foram recebidas 43 075 comunicações, correspondendo as mesmas a 45 132 situações de perigo. Destas situações de perigo, 7091 correspondiam a comportamentos de perigo na infância e juventude, onde se inserem os processos de promoção e proteção sob a tipologia de consumo de bebidas alcoólicas, consumo de estupefacientes, gambling e gaming.

Nos últimos dois anos houve um aumento de 1497 situações de jovens sinalizados por comportamentos de perigo na infância e juventude, aumentando a sua expressão em linha com o avanço da idade, sendo mais expressivos nas faixas etárias dos 15 aos 17 anos.

Relativamente à caracterização das crianças e jovens em situação de acolhimento no ano de 2021, os dados do Relatório CASA 2021 (ISS I.P), a 1 de novembro de 2020 encontravam-se em acolhimento residencial e familiar 6.369 crianças e jovens, distribuídas pelas diferentes respostas sociais, com vista a garantir os cuidados adequados às suas necessidades e bem-estar e, tendo presente o seu desenvolvimento integral:

- Lar de Infância e Juventude: 3 719
- Centro de Acolhimento Temporário: 1 636
- Família de Acolhimento: 224
- Lar de Infância e Juventude (valência especializada): 161
- Comunidade Terapêutica: 102

A maioria dos jovens acolhidos, situa-se nas faixas etárias dos 12 aos 14 anos e dos 15 aos 17 anos, tendo sido observados problemas de comportamento em 1.652 jovens, o que corresponde a 26% do total de acolhidos, sendo os rapazes (62%) aqueles que apresentam maior incidência desta problemática relativamente às raparigas (38%).

---

<sup>2</sup> Site da Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção de Crianças e Jovens

## III. Adolescência

Da análise realizada aos Relatórios Anuais de Avaliação das Atividades das CPCJ<sup>3</sup>, é possível perceber que os processos instaurados ou reabertos sob a tipologia “A criança/jovem assume comportamentos que afetam gravemente o seu bem-estar e desenvolvimento sem que os pais, representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de forma adequada para remover essa situação” têm vindo a aumentar, ano após ano.

É nesta subcategoria que se inserem as situações de perigo: consumo de bebidas alcoólicas, consumo de estupefacientes, “gambling” ou “gaming”, sendo que estas situações de perigo ocorrem com maior incidência nas faixas etárias dos 11 aos 14 anos e dos 15 aos 17 anos.

Estes dois intervalos de idades, coincidem com o período da adolescência, justificando-se que a intervenção realizada junto desta população seja ajustada não só às características individuais de cada situação, mas que tenha em linha de conta, as especificidades inerentes a este ciclo de vida.

Importa, pois, definir sucintamente os limites cronológicos desta fase e as diferentes transformações que nela ocorrem.

A Adolescência, do latim *adolescencia*, designa o período de transição entre a infância e a vida adulta e caracteriza-se por um período de mudanças, físicas e psicológicas, por impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados com as expectativas culturais da sociedade em que vive, traduzindo-se, igualmente, num processo de construção social.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define os limites cronológicos da “adolescência” entre os 10 e os 19 anos (sendo que, entre os 10 e os 14 anos os indivíduos são apelidados de “pré-adolescentes”; e de “adolescentes” se se situarem entre os 15 e os 19 anos).

Já a Organização das Nações Unidas (ONU) delimita a “juventude” entre os 15 e os 24 anos, critério este eminentemente estatístico e político. Usa também o termo “jovens-adultos” para englobar a faixa etária dos 20 aos 24 anos de idade.

---

<sup>3</sup> Site da Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens

Em Portugal, a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo<sup>4</sup> define, no seu art.º 5º, criança ou jovem como *“a pessoa com menos de 18 anos ou a pessoa com menos de 21 anos que solicite a continuação da intervenção iniciada antes de atingir os 18 anos, e ainda a pessoa até aos 25 anos sempre que existam, e apenas enquanto durem, processos educativos ou de formação profissional”*.

A adolescência é um tempo de maturação física, emocional e psicossocial. Caracteriza-se por múltiplas condutas de experimentação, das quais o consumo de substâncias lícitas ou ilícitas assume particular relevância (Maia C. et al, 2010)<sup>5</sup>. Tendo por base esta caracterização, a intervenção realizada junto da população jovem deve ter em perspetiva a noção de que esta fase do desenvolvimento encerra em si mudanças súbitas que, se não forem bem integradas e trabalhadas podem potenciar situações de risco para os mesmos.

O desenvolvimento da identidade, o desejo de autonomia e a exploração do mundo extrafamiliar evidenciam-se na fase da adolescência e sendo processos progressivos de aquisição de responsabilidades e tomada de decisão, podem desencadear situações de conflituosidade com pais, cuidadores, pessoas de referência ou pares. Importa então, tendo por base o desenvolvimento cognitivo que ocorre nesta faixa etária, conseguir acompanhar estes processos complexos de mudanças, estando alerta para eventuais sinais de risco tentando acautelar os mesmos, mas respeitando sempre a privacidade e individualidade dos jovens.

O equilíbrio entre todas estas variáveis e contextos, torna a intervenção com jovens mais complexa, colocando aos profissionais que nas mais diversas áreas intervêm com esta população, dificuldades de atuação e de implementação de estratégias.

Não obstante estar inerente a esta fase do desenvolvimento, uma multiplicidade de processos que ocorrem, por vezes, em curtos espaços de tempo e que podem tornar a abordagem junto dos jovens mais desafiante, existe todo um manancial de potencialidade de trabalho que podem e deve servir de orientação para a intervenção.

Importa enfatizar que, apesar das características de variabilidade e diversidade dos parâmetros biológicos e psicossociais (assincronia de maturação) que ocorrem neste período, por conveniência, no presente documento, decidiu-se agrupar os diferentes conceitos de adolescência/juventude e criança/adolescente/jovem, para designar, respetivamente, o período de tempo que medeia entre a infância e a adultícia e o indivíduo cuja idade está compreendida entre os 13 e os 18 anos (com duas ordens de exceção, até aos 21 ou até aos 25 anos, como referido no parágrafo anterior), idade legal em Portugal para atingir a maioridade.

---

<sup>4</sup> Lei n.º 147/99, de 01 de setembro (revogada pelas Leis n.º 31/2003, de 22 de agosto; n.º 142/2015, de 08 de setembro; n.º 23/2017, de 23 de maio; e n.º 26/2018, de 05 de julho)

<sup>5</sup> Maia C et al. – Consumo de substâncias no adolescente, Ata Pediatr Port (2010)

# IV. Sistema de Promoção e Proteção à Infância e Juventude –(SPPIJ)

## 1. Enquadramento Legal e Definições Essenciais:

O Direito das Crianças e Jovens está alicerçado em normas internacionais de natureza convencional, na Constituição da República Portuguesa e num conjunto de diplomas legais, cumprindo destacar, face ao objetivo subjacente ao presente documento, a **Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP)**<sup>6</sup> e a **Lei Tutelar Educativa (LTE)**<sup>7</sup>.

Diplomas estruturantes do Direito das Crianças e Jovens, a LPCJP e a LTE foram fortemente inspirados no conjunto de instrumentos internacionais ratificados pelo Estado português, em especial pela **Convenção sobre os Direitos da Criança**<sup>8</sup>, que reconheceu a criança<sup>9</sup> como sujeito autónomo de direitos e reconheceu a família como elemento fundamental para o seu *bem-estar* e *desenvolvimento harmonioso*.

Mercê das referidas leis, o ordenamento jurídico prevê dois tipos de intervenção, consoante se esteja em presença de:

- ✓ uma situação de perigo vivenciada por criança ou jovem (dos 0 aos 18 anos), que dará lugar a uma intervenção no domínio da promoção dos direitos e proteção, a qual é desenvolvida, em regra, numa primeira linha, por entidades não judiciais e só subsidiariamente pelos tribunais.
- ✓ prática de facto qualificado pela lei penal como crime, por criança ou jovem de idade compreendida entre os 12 anos e os 15 anos (inclusive), que poderá conduzir a uma **intervenção tutelar educativa, de natureza exclusivamente judiciária** e excecional, porquanto **apenas terá lugar se existir necessidade de educação daquela criança ou jovem para o direito**.

---

<sup>6</sup> Aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, cuja redação em vigor resultou da Lei n.º 26/2018, de 05/07.

<sup>7</sup> Aprovada pela Lei n.º 166/99, de 14 de setembro, ulteriormente alterada pela Lei n.º 4/2015, de 15/01.

<sup>8</sup> Assinada em Nova Iorque em 26 de janeiro de 1990 e ratificada por Decreto do Presidente da República de 12 de setembro do mesmo ano. Ratificada por 194 países, sendo que apenas os Estados Unidos da América e a Somália ainda o não fizeram. A ratificação desta Convenção torna os Estados Parte juridicamente responsáveis

<sup>9</sup> Pessoa com menos de 18 anos.

A qualquer uma das intervenções subjazem propósitos de concretização dos direitos fundamentais das crianças e jovens e, em regra, ambas implicam a restrição de direitos dos pais, devendo ser, por conseguinte perspetivadas num quadro constitucional de necessidade, proporcionalidade e adequação.

Por outro lado, importa ter presente que, não raras vezes, os quadros vivenciais justificativos das duas intervenções se cruzam, devendo, nos termos da lei, ser observados procedimentos de harmonização e compatibilização entre ambas.

Em síntese, num breve **quadro comparativo**, poderão assinalar-se os seguintes traços distintivos:

**Tabela 1 -Comparação entre intervenção da promoção e proteção e Intervenção tutelar educativa.**

	Intervenção da Promoção e Proteção	Intervenção tutelar educativa
<b>Causa</b>	Situação de perigo (não necessariamente enumeradas na lei de forma taxativa) vivenciada por criança ou jovem de idade compreendida entre os 0 e os 18 anos	Prática de facto qualificado pela lei penal como crime, por criança ou jovem com idade compreendida entre os 12 e até aos 15 anos (inclusive)
<b>Finalidade</b>	Remover a situação de perigo e Proporcionar condições adequadas a proteger, promover segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento integral	Educar para o direito e Inserir a criança ou jovem, de forma digna e responsável, na vida em comunidade.
<b>Intervenção</b>	Regra: não judiciária Subsidiariamente: judiciária	Judiciária
<b>Medidas (por ordem crescente de interferência na vida da criança ou do jovem e da sua família)</b>	Medidas de Promoção e Proteção: apoio junto dos pais; apoio junto de outro familiar; confiança a pessoa idónea; apoio para a autonomia de vida; acolhimento familiar; acolhimento residencial; confiança a pessoa selecionada para a adoção, a família de acolhimento ou a instituição com vista à adoção.	Medidas Tutelares Educativas: admoestação; privação do direito de conduzir ciclomotores ou de obter permissão para conduzir ciclomotores; reparação ao ofendido; realização de prestações económicas ou de tarefas a favor da comunidade; imposição de regras de conduta; imposição de obrigações; frequência de programas formativos; acompanhamento educativo; internamento em centro educativo.

## 2. A Lei de Promoção e Proteção de Crianças e Jovens:

No ordenamento português, a **família** (biológica ou não biológica) é configurada como o meio **especialmente adequado** a garantir o bem-estar e desenvolvimento integral da criança ou jovem. Esta linha orientadora está subjacente a toda a intervenção na área da promoção e proteção.

O **caráter excecional da intervenção do Estado**, no respeitante à interferência nas famílias, tem consagração na Constituição da República Portuguesa, que:

- ✓ confere à criança e ao jovem o direito à proteção da sociedade e do Estado, com vista ao seu desenvolvimento integral, em situações de abandono, discriminação, opressão, exercício abusivo da autoridade na família (n.ºs 1 do artigo 69.º, da CRP);
- ✓ atribui ao Estado o dever de assegurar especial proteção às crianças em situações de orfandade, abandono, ou privação de meio familiar normal (n.ºs 1 e 2 do artigo 69.º, da CRP);
- ✓ consagra que os pais têm o direito e o dever de educação e manutenção dos filhos;
- ✓ estabelece que os filhos não podem ser separados dos pais, a menos que estes não cumpram os seus deveres fundamentais para com eles e sempre mediante decisão judicial (n.º 6 do artigo 36.º, da CRP)

É neste enquadramento que o modelo de intervenção promotor dos direitos e protetor das crianças e jovens se mostra construído.

### A. Quando tem lugar a intervenção:

De acordo com o disposto na LPCJP, a intervenção apenas será legítima nas situações em que a segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento da criança ou jovem se encontre em **perigo**<sup>10</sup> (não mero risco), seja em razão de ação ou omissão dos pais, representante legal ou de quem tenha a guarda de facto, ou de ação ou omissão de terceiros ou da própria criança ou jovem, **sem que aqueles se oponham de modo adequado a remover esse perigo** (artigo 3.º, n.º 1).

---

<sup>10</sup> O conceito de perigo é mais restrito, conduzindo a que não integrem o âmbito da intervenção prevista na LPCJP as ações destinadas a suprimir ou diminuir fatores de risco através da atuação direta ao nível da criança, pais ou meio onde se integra.



A lei prescreve, a título exemplificativo, que a criança ou jovem está em perigo quando se encontra numa das seguintes situações:

- ✓ está abandonada ou vive entregue a si própria;
- ✓ sofre maus-tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais;
- ✓ não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- ✓ está aos cuidados de terceiros, durante período de tempo em que se observou o estabelecimento com estes de forte relação de vinculação e em simultâneo com o não exercício pelos pais das suas funções parentais;
- ✓ é obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- ✓ está sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- ✓ **assume comportamentos ou entrega-se a atividades ou consumos que afetam gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação;**
- ✓ tem nacionalidade estrangeira e está acolhida em instituição pública, cooperativa, social ou privada com acordo de cooperação com o Estado, sem autorização de residência em território nacional.

## B. A quem cabe a intervenção:

A intervenção para a promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens cabe, sucessiva e subsidiariamente:

- ✓ às entidades com competência em matéria de infância e juventude (Autarquias, serviços de segurança social, instituições particulares de solidariedade social, escolas, instituições de saúde, entidades policiais, instituições sociais, culturais e desportivas, entre outras. Estas não dispõem de competência para aplicação de medidas de promoção e proteção)
  - depende do **consenso dos pais**, dos representantes legais ou de quem tenha a guarda de facto da criança ou jovem e da **não oposição** da criança ou jovem com idade superior a 12 anos<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> A oposição de criança com idade inferior pode ser considerada relevante em face da sua capacidade para compreender o sentido da intervenção.

✓ às comissões de proteção de crianças e jovens<sup>12</sup>

- dependem do consentimento expresso, prestado por escrito, dos pais, dos representantes legais ou de quem tenha a guarda de facto da criança ou jovem e da **não oposição** da criança ou jovem com idade superior a 12 anos<sup>13</sup>;
- dispõem de competência para aplicação das medidas de promoção e proteção previstas na LPCJP, **com exceção da medida de confiança a pessoa selecionada para a adoção, a família de acolhimento ou a instituição com vista à adoção**;
- não dispõem de competência para aplicação unilateral de medida de proteção, a qual resultará de um **acordo de promoção e proteção** (reduzido a escrito);
- cabe-lhes a execução das medidas aplicadas, tal como constam do acordo de promoção e proteção.

✓ aos tribunais – (especializados) de família e menores, ou que tenham competência nesta área

- intervenção subsidiária da não judiciária;
- tem lugar nos casos descritos no artigo 11.º da LPCJP, destacando-se, pela relevância e frequência: as situações de inexistência de CPCJ na área geográfica da residência da criança ou jovem; ausência ou retirada de consentimento por quem está obrigado a prestá-lo; oposição da criança ou jovem<sup>14</sup>; não seja obtido acordo de promoção e proteção, quando necessário, à aplicação de medida; a CPCJ não disponha nem logre obter meios para aplicar ou executar a medida e o incumprimento reiterado de medida aplicada pela CPCJ;
  - o processo é da titularidade do juiz, mas a iniciativa cabe, em regra, ao magistrado do Ministério Público, a quem compete a instauração do processo<sup>15</sup>;
  - o juiz dispõe de competência para aplicar **qualquer uma** das medidas de promoção e proteção;
  - O processo comporta a possibilidade, **desejável e preferencial**, de ser obtido, em conferência<sup>16</sup>, um acordo de promoção e proteção;
  - Caso não haja acordo, promove a data para a realização de debate judicial;

---

<sup>12</sup> Instituições oficiais não judiciárias, de composição de cariz pluridisciplinar.

<sup>13</sup> A oposição de criança com idade inferior pode ser considerada relevante em face da sua capacidade para compreender o sentido da intervenção.

<sup>14</sup> Quando tenha idade superior a 12 anos ou com idade inferior, se em face da sua capacidade para compreender o sentido da intervenção, for considerada relevante.

<sup>15</sup> Os pais, o representante legal, as pessoas que tenham a guarda de facto e a criança com idade superior a 12 anos podem requerer ao juiz a instauração de processo quando, decorridos 6 meses após o conhecimento da situação de perigo, a CPCJ não tenha proferido decisão.

<sup>16</sup> Presidida pelo juiz e com a presença do Magistrado do Ministério Público, nela estão presentes os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto da criança ou o jovem (se maior de 12 anos) e as pessoas e representantes de entidades cuja presença e assinatura do acordo sejam consideradas relevantes.

- Dirige e controla a execução das medidas que aplica, designando para efeito de acompanhamento Equipas Multidisciplinares de Assessoria Técnica aos Tribunais (ATT) ou entidade que considere mais adequada, **mas nunca a CPCJ**.

### C. Princípios que orientam a intervenção para a promoção dos direitos e proteção da criança ou do jovem em perigo:

A intervenção, não judiciária ou judiciária, obedece aos mesmos princípios orientadores<sup>17</sup>:

- ✓ atender, prioritariamente aos interesses e aos direitos da criança ou do jovem, legalmente consagrados, seja pela legislação nacional, seja pelos instrumentos internacionais ratificados pelo Estado português (**princípio do superior interesse da criança e do jovem**);
- ✓ respeitar a intimidade, direito à imagem e reserva da vida privada (**princípio da privacidade**);
- ✓ **Princípio da intervenção precoce**: tem lugar logo que a situação de perigo seja conhecida;
- ✓ **Princípio da intervenção mínima**: ser exercida exclusivamente pelas entidades e instituições cuja ação seja indispensável à promoção dos direitos e proteção da criança e jovem;
- ✓ **Princípio da prevalência da família**: na intervenção deve ser dada prevalência às medidas que integrem a criança ou jovem na família ou promovam a sua adoção;
- ✓ **Princípio da responsabilidade parental**: ser desenvolvida, se possível, por forma a que os pais assumam os deveres para com o filho;
- ✓ **Princípio da proporcionalidade e atualidade**: deverá ser a necessária e adequada à situação de perigo vivenciada pela criança ou jovem, **no momento da aplicação**, apenas interferindo na sua vida e família na medida do estritamente necessário aos fins visados com a intervenção;
- ✓ **Princípio da obrigatoriedade da informação**: garantir à criança ou jovem, aos seus pais, representante legal ou pessoa que tenha a sua guarda de facto, informação sobre os respetivos direitos, razão e fim da intervenção;
- ✓ **Princípio da audição obrigatória e participação**: garantir à criança ou jovem, aos seus pais, representante legal ou pessoa que tenha a sua guarda de facto, o exercício do direito de serem ouvidos e de participarem nos atos e na definição da medida a aplicar;

---

<sup>17</sup> Artigo 4.º da LPCJ

- ✓ **Princípio da subsidiariedade:** observar o princípio da subsidiariedade /sucessividade, por forma a que primeiramente tenha lugar a intervenção não judiciária e só na impossibilidade desta ter lugar ou cumprir a sua finalidade, passar para o patamar do judiciário.

#### D. Medidas de promoção e proteção:

As medidas de promoção e proteção, **taxativamente**, previstas no artigo 35.º, da LPCJP, encontram-se elencadas **por ordem crescente de interferência na vida da criança ou do jovem e da sua família**, da seguinte forma:

- ✓ apoio junto dos pais;
- ✓ apoio junto de outro familiar;
- ✓ confiança a pessoa idónea;
- ✓ apoio para a autonomia de vida;
- ✓ acolhimento familiar;
- ✓ acolhimento residencial;
- ✓ medida de confiança a pessoa selecionada para a adoção, a família de acolhimento ou a instituição com vista à adoção (de aplicação exclusiva em sede judiciária).

**Em obediência ao princípio da intervenção mínima, a escolha por medida mais grave apenas poderá ter lugar se a menos grave não for suficiente e adequada para afastar a situação de perigo.**

As medidas aplicadas pelas CPCJ ou pelos Tribunais de Família e Menores, por decisão negociada, integram um acordo de promoção e proteção, cujo acompanhamento da execução é realizado por um gestor de processo<sup>18</sup>, das ATT ou das CPCJ. No âmbito do acompanhamento da medida aplicada, é fundamental que se defina uma estratégia de intervenção colaborativa (plano de intervenção), rigorosa e orientada para as ações de proteção materializada no plano de intervenção, construído com a família e a sua rede de suporte informal e formal (saúde, educação, segurança social, CAFAP). Estas ações devem ser consensualizadas e assumidas como compromissos entre os vários interventores.

---

<sup>18</sup> Art. 82.º-A da LPCJP “Para cada processo de promoção e proteção a comissão de proteção de crianças e jovens ou o tribunal competente designam um técnico gestor de processo, ao qual compete mobilizar os intervenientes e os recursos disponíveis para assegurar de forma global, coordenada e sistémica, todos os apoios, serviços e acompanhamento de que a criança ou jovem e a sua família necessitam, prestando informação sobre o conjunto da intervenção desenvolvida.

## E. Duração das medidas de promoção e proteção:

Após aplicadas, as medidas de promoção e proteção, são necessariamente acompanhadas, e obrigatoriamente revistas, na respetiva execução pela CPCJ ou pelo Tribunal, consoante tenham sido aplicadas por um ou por outro. Ditadas pela necessidade, numa perspetiva de atualidade e de finalidade, podem em sede de revisão, ser **mantidas, alteradas** ou **feitas cessar**, conforme resulta dos artigos 60.º, 61.º e 63.º da LPCJP. Nesta vertente, **assumem especial relevância as informações e relatórios elaborados pelas entidades com intervenção na execução das medidas**, designadamente das áreas da saúde, educação, segurança social, porquanto se constituem como **fonte de informação privilegiada** em sede de ponderação sobre a adequação das medidas em curso e das eventuais necessidades de alteração ou, no limite, de cessação das mesmas.

Os referidos elementos informativos (relatórios e/ou informações) podem mesmo **revelar-se oportunos fora dos tempos fixados para efeitos de revisão**, quando reportem aspetos que devam, desde logo, justificar uma atividade de reflexão por parte das entidades que tenham aplicado a medida em curso.

Quanto à **duração**, e com exclusão da medida de confiança a pessoa selecionada para a adoção, que dispõe de regime próprio, no essencial, importará ter presente os seguintes aspetos:

**Tabela 2 - Medidas de Promoção e Proteção**

	MEDIDAS	DURAÇÃO (REGRA)	DURAÇÃO (EXCEÇÃO DETERMINADA PELO INTERESSE DA CRIANÇA OU JOVEM)
<b>MEDIDAS EM MEIO NATURAL DE VIDA</b>	apoio junto dos pais apoio junto de outro familiar confiança a pessoa idónea apoio para a autonomia de vida	a estabelecida no acordo de promoção e proteção ou na decisão judicial  ↓  não deve exceder 1 ano	pode ser prorrogada até um máximo de 18 meses  ↓  a medida de apoio para autonomia de vida pode ser prorrogada até o jovem completar 21 anos  ↓  até aos 25, se o jovem se mantiver em processo educativo ou em formação profissional e manifeste a sua vontade de prorrogação da medida
<b>MEDIDAS DE COLOCAÇÃO</b>	acolhimento familiar acolhimento residencial	A estabelecida no acordo de promoção e proteção ou na decisão judicial	pode ser prorrogada até um máximo de 18 meses  ↓  a medida de apoio para autonomia de vida pode ser prorrogada até o jovem completar 21 anos  ↓  até aos 25, se o jovem se mantiver em processo educativo ou em formação profissional e manifeste a sua vontade de prorrogação da medida

Quanto à **revisão**, e com exclusão da medida de confiança a pessoa selecionada para a adoção, que dispõe de regime próprio:

**Tabela 3 - Revisão das Medidas de Promoção e Proteção**

REGRA 1	Regra 2	Regra 3
NOS PRAZOS CONSTANTES DO ACORDO DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO OU NA DECISÃO JUDICIAL E FINDO O PRAZO DE DURAÇÃO DA MEDIDA	Na ausência de prazo fixado para revisão, terá lugar em períodos não superiores a 6 meses e Findo o prazo de duração da medida	A todo o tempo se ocorrerem factos que a justifiquem

Relativamente à **cessação** das medidas de promoção e proteção, conforme resulta do legalmente disposto, a mesma tem lugar e deve ser declarada quando:

**Tabela 4 - Cessação das Medidas de Promoção e Proteção**

REGRA	Exceção 1	Exceção 2
- DECORRER O PRAZO DE DURAÇÃO DA MEDIDA -SEJA REVISTA E DESTA RESULTE A RESPECTIVA CESSAÇÃO - O JOVEM ATINJA A MAIORIDADE	- Dos 18 aos 21 anos, se o jovem tiver solicitado atempada e expressamente a continuação da medida	- Dos 21 aos 25 anos, se no âmbito da medida de autonomia de vida ou de uma medida de colocação existirem processos educativos ou de formação profissional e o jovem tenha atempadamente solicitado a sua manutenção

## F. A medida de acolhimento residencial

Esta medida de promoção e proteção, que deve entender-se, face aos princípios orientadores da intervenção, como último recurso, insere-se na categoria de medidas de colocação e é definida no artigo 49.º n.º 1 da LPCJP, com os seguintes contornos:

**Tabela 5 - Medida de Acolhimento Residencial**

DEFINIÇÃO	Finalidade	Onde tem lugar
COLOCAÇÃO AOS CUIDADOS DE ENTIDADE QUE DISPONHA DE INSTALAÇÕES, EQUIPAMENTO DE ACOLHIMENTO, RECURSOS HUMANOS PERMANENTES, DEVIDAMENTE DIMENSIONADOS E HABILITADOS, QUE GARANTAM OS CUIDADOS ADEQUADOS	Contribuir para criar condições que garantam a adequada satisfação de necessidades físicas, psíquicas, emocionais e sociais das crianças e jovens e o efetivo exercício dos seus direitos, favorecendo a sua integração em contexto sociofamiliar seguro e promovendo a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral.	Casa de acolhimento

A LPCJP prevê (artigo 50.º) que as casas de acolhimento possam organizar-se por **unidades especializadas**. Em função da especificidade das problemáticas evidenciadas pelas crianças e jovens e da intervenção que demandam, encontram-se (exemplificativamente) previstas:

- ✓ Casas de acolhimento para resposta em **situações de emergência**;
- ✓ Casa de acolhimento para **resposta a problemáticas específicas e necessidades de intervenção educativa e terapêutica** evidenciadas pelas crianças e jovens;
- ✓ Apartamentos de autonomização para apoio e promoção da autonomia dos jovens.

A par destas respostas, o mesmo dispositivo legal prevê que instituições com respostas residenciais, a saber, na área da saúde e da educação especial, podem executar, **em situações devidamente fundamentadas e pelo tempo estritamente necessário**, medidas de acolhimento residencial relativamente a crianças ou jovens que evidenciem:

- ✓ Deficiência permanente
- ✓ Doenças crónicas graves
- ✓ Perturbação psiquiátrica
- ✓ Comportamentos aditivos

A natureza excecional do acolhimento residencial resulta evidenciada pela consagração de normas que especificamente disciplinam a forma de acolhimento, necessariamente planificada, a organização dos recursos humanos, o acordo de promoção e proteção que aplica a medida, e até os direitos da criança e do jovem em acolhimento, conforme decorre do disposto nos artigos 51.º, 53.º, 54.º, 57.º e 58.º, da LPCJP.

De forma não exaustiva, salientam-se os traços diferenciadores mais significativos, nas situações de acolhimento residencial (não urgente):

#### Planificação

- Troca de informação entre quem aplica medida, entidade gestora de vagas e instituição responsável pelo acolhimento sobre situação de perigo; necessidades específicas da criança ou jovem e recursos e características da intervenção;
- Preparação informada da criança ou jovem e, se possível, da família.

Recursos humanos organizados

- Equipa técnica
  - diagnóstico e definição e execução do projeto
    - pluridisciplinarmente constituída (psicologia e serviço social)
- Equipa educativa – preferencialmente com profissionais para acompanhamento socioeducativo
- Equipa de apoio

Direitos da criança e do jovem (ex.)

- Contactos pessoais com família e pessoas de especial referência afetiva, **a menos que vedadas ou restringidas pela CPCJ (consentida) ou pelo tribunal**
- Recebimento de cuidados de saúde, formação escolar e profissional, participação em atividades culturais, desportivas e recreativas
- Espaço de privacidade adequado à idade e situação; audição e participação
- **Não ser transferido, a menos que corresponda ao seu superior interesse**
- Contactar a CPCJ, o Magistrado do Ministério Público, o juiz e o seu advogado
- Receber dinheiro de bolso
- Inviolabilidade da correspondência
- Ser ouvido e participar ativamente, em função do grau de discernimento, em todos os assuntos do seu interesse, a saber, a definição e execução do seu projeto de promoção e proteção



## V. Adolescência e adições

Segundo Sanchez-Samper e Knight (2009), a adolescência caracteriza-se, igualmente, pelo contacto com sensações, até então, desconhecidas, manifestadas por condutas de experimentação, sendo o consumo de substâncias uma das mais frequentes e assumindo graus de gravidade variáveis, desde a experimentação ao consumo/abuso ou à dependência.

Com este enquadramento, nomeadamente quando os jovens assumem comportamentos que afetam gravemente o seu bem-estar e desenvolvimento sem que os pais, representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de forma adequada a remover essa situação, por comportamentos aditivos ou dependências com ou sem substância, está então legitimada a intervenção das entidades com competência em matéria de infância e juventude, designadamente as que sejam especializadas nesta área.

Contudo e quando na sua esfera de atuação, as entidades acima descritas não consigam reverter os comportamentos de perigo apresentados pelos jovens, tem então lugar a intervenção das CPCJ, no sentido de assegurar proteção dos mesmos, procedendo-se à instauração do Processo de Promoção e Proteção (PPP) a favor dos jovens.

### **1. A entrevista em sede de processo de promoção e proteção**

Um dos momentos mais importantes do decurso do PPP é o momento da entrevista aos pais, representantes legais ou detentores da guarda de facto do jovem, e a entrevista ao próprio. Esta circunstância, para além de ser legalmente prevista para recolha dos necessários consentimentos para a intervenção/não oposição do jovem para a intervenção da CPCJ, reveste-se de importância fulcral para obtenção de informações sobre os fatores de risco e fatores de proteção que estejam presentes, direcionando a avaliação diagnóstica que se realizará em seguida. Para sublinhar o aspeto fundamental da entrevista poder-se-ia dizer, de outra maneira, que ela consiste em uma relação humana na qual um dos integrantes deve procurar saber o que está acontecendo e deve atuar segundo esse conhecimento. A realização dos objetivos possíveis da entrevista (investigação, diagnóstico, orientação, etc.) depende desse saber e da atuação e acordo com esse saber<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> Oliveira M. 2005, Entrevista psicológica - O caminho para aceder ao outro

Uma entrevista, construída para aferir fatores que possam indicar um bom prognóstico da situação do jovem ou indicando fatores de risco nos vários contextos do mesmo, permite, numa fase inicial do processo sustentar a intervenção pretendida. O referencial teórico relativo aos fatores de proteção e fatores de risco apresentado por Maia C. et al (2010), permite uma sistematização de ideias no que concerne às questões a explorar na entrevista:

**Figura 1 -Fatores de risco e fatores de proteção**

	Fatores de RISCO	Fatores PROTETORES
<b>FATORES BIOLÓGICOS / GENÉTICOS</b>	Disfunção familiar História de patologia na família Elevada vulnerabilidade individual	Adequado desenvolvimento cognitivo / emocional Bom capital salutogéneo
<b>FATORES AMBIENTAIS</b>	Condições sócio-económicas precárias Minoria étnica / discriminação racial Desorganização social Situação familiar instável História familiar de consumo de substâncias Facilidade na obtenção de substâncias	Coesão familiar Modelos parentais positivos Suporte emocional Redes sociais estruturantes
<b>FATORES DA PERSONALIDADE</b>	Baixa autoestima Baixa tolerância à frustração Facilidade de passagem ao ato Locus de controlo externo Tolerância ao desvio Desvalorização das normas sociais Fracas estratégias de coping Funcionamento interpessoal inadequado Crença de imunidade pessoal	Elevada autoestima Resistência às pressões desviantes Locus de controlo interno Comportamentos saudáveis Aceitação das normas sociais Estratégias de coping eficazes Sentimento de responsabilidade Capacidade de adiar gratificações Resiliência
<b>FATORES COMPORTAMENTAIS</b>	Evidência de comportamentos problema História de perturbação de comportamento na infância ou adolescência Consumo de substâncias nocivas Relações sexuais inseguras e múltiplas Insucesso escolar / laboral Perturbação de interiorização ou exteriorização na infância ou na adolescência Níveis elevados de desinibição de comportamento Delinquência História de perturbação de personalidade na infância ou adolescência Prazer na exploração dos limites Mau relacionamento com o grupo de pares Tabagismo	Evidência de comportamentos saudáveis Envolvimento em atividades culturais, sociais ou desportivas Sucesso escolar / laboral Preservação da saúde e do ambiente Boa comunicação e relação com o grupo de pares

Os fatores acima descritos podem auxiliar na abordagem a realizar nos PPP no âmbito dos CAD, tornando a entrevista mais direcionada para uma abordagem reflexiva neste domínio em específico.

- Idealmente, tanto na entrevista com os pais/representantes legais ou detentores da guarda de facto, como na entrevista com o jovem, todos estes fatores de risco e de proteção devem ser analisados. No entanto e no sentido de direcionar as questões mais pertinentes a serem abordadas com cada um destes, propomos que possa haver uma **incidência maior na entrevista com os cuidadores do jovem, na exploração dos seguintes fatores:**

	Fatores de RISCO	Fatores PROTETORES
<b>FATORES BIOLÓGICOS / GENÉTICOS</b>	Disfunção familiar História de patologia na família Elevada vulnerabilidade individual	Adequado desenvolvimento cognitivo / emocional Bom capital salutogéneo
<b>FATORES AMBIENTAIS</b>	Condições sócio-económicas precárias Minoria étnica / discriminação racial Desorganização social Situação familiar instável História familiar de consumo de substâncias Facilidade na obtenção de substâncias	Coesão familiar Modelos parentais positivos Suporte emocional Redes sociais estruturantes

Pese embora os fatores acima descritos possam ser aferidos de forma mais aprofundada junto dos cuidadores, na entrevista com o jovem deverá haver oportunidade para que se possa refletir sobre estes fatores, integrando a sua perceção sobre os mesmos na avaliação da situação de perigo comunicada.

- Relativamente à **entrevista a realizar com o jovem**, revela-se importante que possam ser abordados os seguintes fatores:

	Fatores de RISCO	Fatores PROTETORES
<b>FATORES COMPORTAMENTAIS</b>	Evidência de comportamentos problema História de perturbação de comportamento na infância ou adolescência Consumo de substâncias nocivas Relações sexuais inseguras e múltiplas Insucesso escolar / laboral Perturbação de interiorização ou exteriorização na infância ou na adolescência Níveis elevados de desinibição de comportamento Delinquência História de perturbação de personalidade na infância ou adolescência Prazer na exploração dos limites Mau relacionamento com o grupo de pares Tabagismo	Evidência de comportamentos saudáveis Envolvimento em atividades culturais, sociais ou desportivas Sucesso escolar / laboral Preservação da saúde e do ambiente Boa comunicação e relação com o grupo de pares

- No decurso da entrevista com o jovem e com o objetivo de aferir a presença de fatores de risco e de proteção interrelacionados com a sua personalidade, deverão ser colocadas questões que permitam explorar o seguinte:

	Fatores de RISCO	Fatores PROTETORES
<b>FATORES DA PERSONALIDADE</b>	Baixa autoestima Baixa tolerância à frustração Facilidade de passagem ao ato <i>Locus</i> de controlo externo Tolerância ao desvio Desvalorização das normas sociais Fracas estratégias de <i>coping</i> Funcionamento interpessoal inadequado Crença de imunidade pessoal	Elevada autoestima Resistência às pressões desviantes <i>Locus</i> de controlo interno Comportamentos saudáveis Aceitação das normas sociais Estratégias de <i>coping</i> eficazes Sentimento de responsabilidade Capacidade de adiar gratificações Resiliência

Em virtude destes dois momentos (entrevista com os cuidadores e entrevista com o jovem) serem tão ricos em dados para a avaliação, podem desenrolar-se em mais do que duas sessões, devendo manter-se a perspetiva de que neste tipo de processos estão implicados, normalmente, componentes emocionais que podem e devem ser acuteladas previamente.

Assim e para que as entrevistas possam ocorrer com tranquilidade, transmitindo segurança a todos os intervenientes, deve ser garantido que:

- O “setting” onde se vão desenrolar as entrevistas é adequado em termos de privacidade e conforto;
- Os intervenientes têm conhecimento do motivo pelo qual está ativo o PPP, as razões pelas quais foram convocados para a entrevista, bem como do caráter reservado do processo;
- São transmitidas as explicações relativas às questões decorrentes da intervenção no âmbito dos PPP, limites da mesma e recolha dos necessários consentimentos para a intervenção/não oposição;
- A abordagem relativa às diversas questões ocorre com neutralidade, não enviesando as respostas;
- A entrevista não é muito extensa (não mais de 70 minutos) sob pena das respostas que forem dadas, não verterem todas as informações pretendidas. Caso haja sinais de cansaço por parte dos entrevistados, mantendo-se a necessidade de esclarecimentos, deve ser agendada nova sessão;
- São transmitidas informações sobre o direito de não responder às questões apresentadas, ressalvando, no entanto, a importância da obtenção das respostas para o conhecimento aprofundado da situação comunicada.

Para que possam ser explorados todos os fatores de risco e de proteção acima descritos e com os consentimentos/não oposição legalmente previstos, podem ainda ser convocadas para entrevista outras pessoas que, pela sua proximidade ao jovem/família, possam acrescentar informações importantes à avaliação.

## **2. Classificação dos consumos, níveis de risco e intervenções preconizadas**

Os CAD são fenómenos que podem surgir em qualquer fase do ciclo de vida de um indivíduo, tendencialmente de evolução crónica, sujeitos a períodos de recaídas e de remissão associando-se, muito frequentemente, a outras patologias físicas e/ou psíquicas e a riscos e danos variados. Assim, se compreende a importância crucial da promoção da acessibilidade destes cidadãos a serviços diferenciados/especializados, onde possam obter respostas adequadas ao nível de gravidade dos seus problemas<sup>20</sup>.

No domínio da intervenção junto de jovens com Processo de Promoção e Proteção no âmbito dos CAD e para que a abordagem realizada neste tipo de processos tenha o maior alcance possível, pondo termo aos comportamentos sinalizados, é importante que os interventores possam ter conhecimento não só dos fatores de risco e de proteção associados aos CAD como também à classificação dos consumos atualmente em uso por parte dos profissionais que intervêm nesta área específica.

Tendo em consideração o desenho da intervenção preconizada para cada indivíduo e a procura das melhores respostas para o mesmo na área dos CAD, afigura-se de extrema utilidade que possam ser classificados os consumos, fazendo corresponder aos mesmos às características que mais se evidenciam, possibilitando assim a elaboração de um bom diagnóstico da situação.

Com base na Rede de Referência/Articulação no âmbito do CAD (SICAD, 2013), apresenta-se a seguinte tabela de classificação dos consumos:

---

<sup>20</sup> Rede de Referência / Articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências (SICAD, 2013)

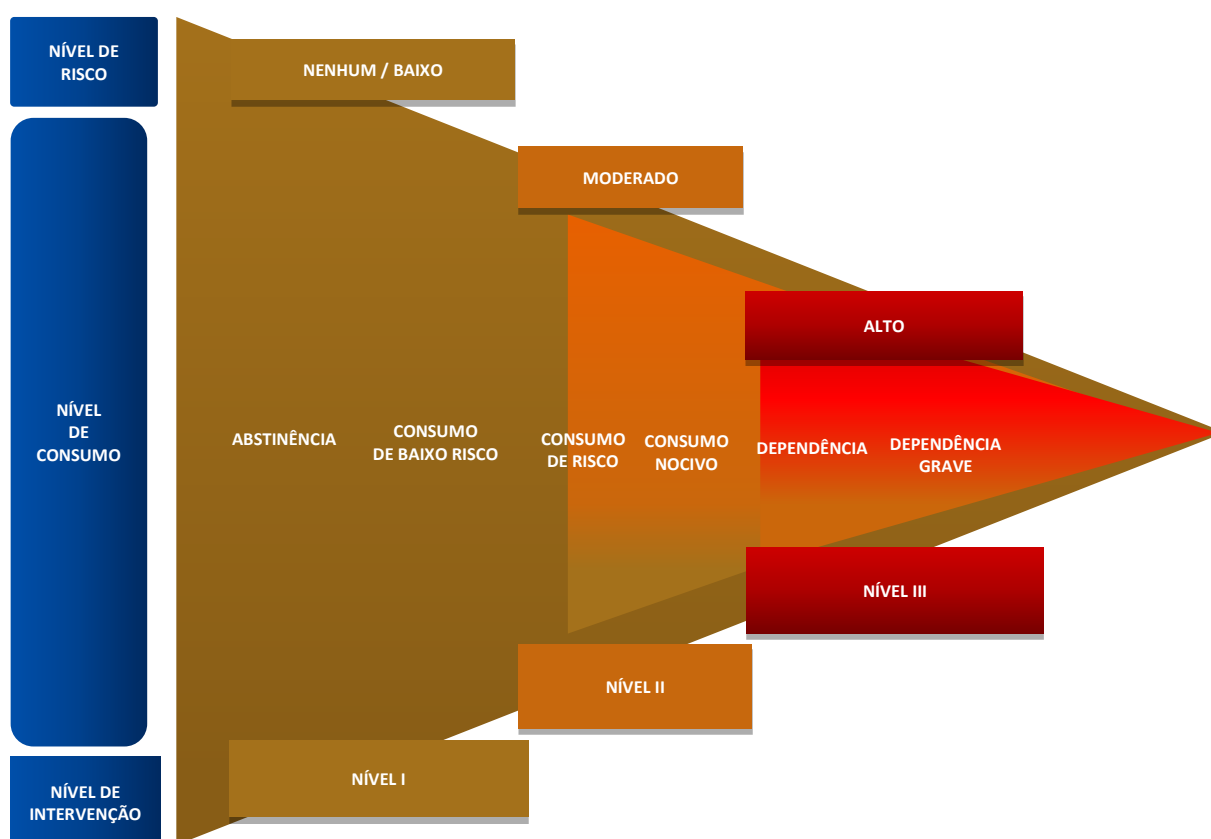
**Figura 2 - Classificação dos consumos (SICAD)**

<b>CONSUMO DE BAIXO RISCO</b>	Corresponde a um padrão de consumo, que na ausência de determinadas condições, se utiliza para indicar que o consumo está dentro dos parâmetros legais e médicos e que está associado a uma baixa incidência de problemas de saúde e sociais.
<b>CONSUMO DE RISCO</b>	Corresponde a um nível ou padrão de consumo, ocasional ou continuado, que aumenta a probabilidade de ocorrência de consequências prejudiciais para o consumidor, nomeadamente de doenças, acidentes, transtornos mentais ou do comportamento, se persistir.
<b>CONSUMO NOCIVO</b>	Corresponde a um padrão de consumo que causa danos quer na saúde física quer na saúde mental do indivíduo, acompanhado ou não de consequências sociais adversas, mas que não preenche os critérios de dependência. Os danos objetivos presentes podem ser agravados pela continuação do consumo.
<b>DEPENDÊNCIA</b>	<p>Corresponde a um padrão de consumo constituído por um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais que podem desenvolver-se após o uso repetido da substância. Inclui um desejo intenso do consumo, descontrolo sobre o seu uso, continuação dos consumos independentemente das consequências, uma alta prioridade dada aos consumos em detrimento e outras atividades e obrigações, aumento da tolerância e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado.</p> <p>No âmbito da dependência alcoólica, ressaltam-se 3 níveis:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Ligeira – sem sinais físicos de privação;</li><li>○ Moderada – com privação física;</li><li>○ Grave – história de <i>delirium tremens</i> / crises convulsivas. Com repercussões de natureza orgânica. Com repercussões de natureza orgânica.</li></ul>
<b>DEPENDÊNCIA GRAVE</b>	Caracterizada por um conjunto de sintomas e comportamentos que indicam que a(s) substância(s) ocupam um foco central na vida da pessoa, que é difícil de alterar e que se produziram mecanismos de neuroadaptação. Surgem fenómenos de tolerância e de abstinência, com repercussões de natureza orgânica.

Conceptualizando uma intervenção neste contexto, decorre da sua expressão a necessidade de uma intervenção integrada, de acordo com a avaliação do risco da situação em que a pessoa se encontra, bem como a articulação fluída de respostas, garantida por profissionais comprometidos com a melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e dos cuidados prestados, que permita acompanhar as manifestações evolutivas desta patologia.<sup>21</sup>

A figura seguinte apresenta a relação entre níveis de consumo, risco e de intervenção no âmbito dos CAD:

**Figura 3 - Níveis de consumo, risco e de intervenção no âmbito dos CAD (SICAD)**



Adaptado de Springer, IOM - J.F. & Phillips, J. (n.d.), The Institute of Medicine Framework and its implication for the advancement of prevention policy, programs and practice. Washington: CARS e de Ferreira-Borges, C. e Cunha Filho, H. (2007), Intervenções Breves: Álcool e Outras Drogas – Manual Técnico e Cd-Rom, Lisboa: CLIMEPSI

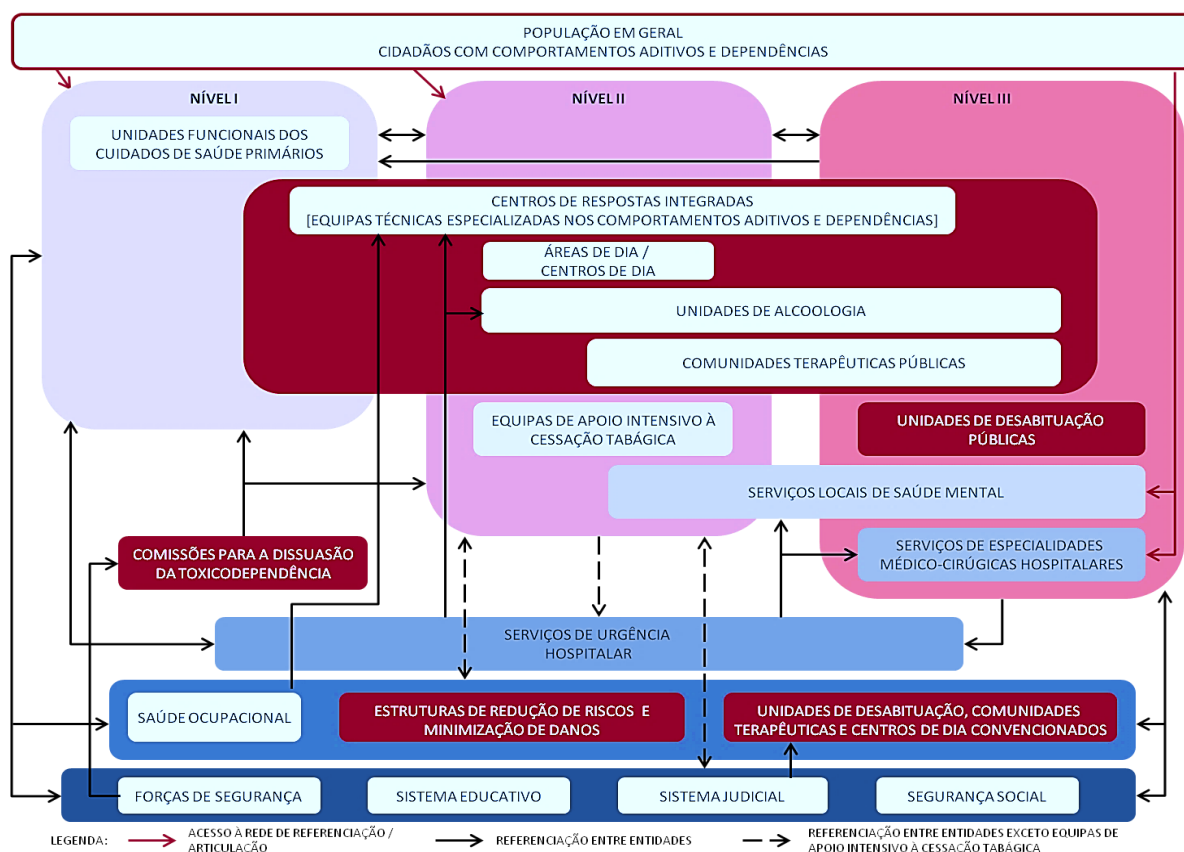
No caso de consumos instalados, o tratamento deve ser orientado em função da gravidade e da substância em causa, articulando os recursos de saúde com os da comunidade, no sentido de apoiar o jovem a ultrapassar o comportamento aditivo ou a dependência diagnosticada.

<sup>21</sup> Rede de Referência / Articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências (SICAD, 2013)

### 3. Fluxograma global da Rede de Referência / Articulação

Por forma a congregar as informações anteriormente expostas e no sentido de sintetizar o desenho da rede e o circuito que o cidadão percorre nesta área específica da saúde, apresenta-se em seguida o desenho da Rede de Referência, alocando os principais intervenores da mesma aos níveis de intervenção, assim como de eventuais estruturas referenciadoras:

Figura 4 - Fluxograma geral da rede de referência/articulação (SICAD)



### 4. Riscos associados ao consumo / uso problemático

Faça aos novos padrões de consumo, muito virados para o policonsumo de substâncias nomeadamente a combinação de substâncias ilícitas com álcool, temos um novo perfil de consumidores, mais jovem, integrados na sociedade, que consomem com fins recreativos e socializantes e de forma descontínua. Embora muitos não apresentem consequências desses consumos, há um pequeno grupo desta população para quem o abuso destas substâncias cria uma variedade de graves consequências sociais, legais e de saúde, com custos elevados para o indivíduo e para a sociedade.



## 5. Comorbilidades de saúde mental

A OMS define “comorbilidade” ou “patologia dual” como a coexistência no mesmo indivíduo de um transtorno induzido pelo consumo de uma substância psicoativa e de um transtorno psiquiátrico. Este diagnóstico é muito frequente entre os jovens. Em alguns casos o abuso de substâncias ocorre em primeiro lugar, em outros a doença mental ocorre primeiro.

Os Mecanismos subjacentes à elevada taxa de comorbilidade (fatores de risco para patologia dual) são os seguintes:

- Fatores de risco comuns a ambas as patologias (vulnerabilidade genética ou fatores ambientais precipitantes comuns);
- O abuso de substâncias pode precipitar a Perturbação Mental, em indivíduos com vulnerabilidades pré existentes (ex. sintomas psicóticos);
- A Perturbação Mental pode precipitar abuso de substâncias, como forma de “automedicação” (ex. nas perturbações ansiosas e depressivas);
- Efeito bidirecional;
- A oportunidade de exposição a drogas ilícitas está aumentada em jovens com doença mental;
- Envolvimento das mesmas regiões cerebrais – as alterações cerebrais causadas pelo abuso de substâncias ocorrem nas mesmas áreas cerebrais afetadas nos quadros depressivos, ansiosos, psicóticos e bipolares.

As comorbilidades mais frequentes são: Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), perturbações disruptivas do comportamento, perturbações psicóticas, perturbações do humor, perturbações da ansiedade, perturbação de stress pós-traumático.

A sobreposição entre PHDA e Perturbação do uso de substâncias tem sido bastante discutida nos últimos tempos não existindo consenso sobre qual o mecanismo subjacente.

Também bastante discutido tem sido a relação entre o consumo de canábis e psicose. Sabe-se que o uso de canábis em doentes com psicose piora o prognóstico e a resposta ao tratamento. Por outro lado, o uso de canábis aumenta o risco para um primeiro surto psicótico, em doentes vulneráveis. Este risco aumenta com o uso frequente e com início precoce.

A deteção e o tratamento precoce de ambas as condições melhora o prognóstico. Assim, devemos avaliar sistematicamente a possibilidade de comorbilidade psiquiátrica nos casos de abuso ou dependência de substâncias, e vice-versa, para ser possível um diagnóstico atempado.

Para uma evolução favorável, é necessário que indivíduos com patologia dual recebam um tratamento integrado.

## 6. Perturbação do Jogo

O diagnóstico da perturbação cursa com frequentes e repetidos episódios de jogo, os quais dominam a vida do indivíduo em detrimento de valores e compromissos sociais, ocupacionais, materiais e familiares. É comum que aqueles que sofrem desta perturbação ponham em risco o seu trabalho, contraiam grandes dívidas e mintam ou violem a lei para obter dinheiro e evitar o pagamento das suas dívidas. Tendem a descrever um ímpeto intenso de jogar, o qual é difícil de controlar assim como uma preocupação com ideias e imagens do ato de jogar e das circunstâncias que o rodeiam. Essas preocupações e ímpetos frequentemente aumentam em períodos de maior stress (Linhas de Orientação Técnica para a intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências sem Substância, pp 17, SICAD 2018)

A evolução ocorrida na investigação na área das perturbações aditivas nas últimas décadas levou à igualmente à identificação de substratos biológicos e áreas cerebrais comuns entre estas e os quadros de jogo patológico (aqui entendido como jogo a dinheiro, ou na sua expressão inglesa, “*gambling*”). As evidências assim apuradas foram suficientes para que na 5ª edição do manual de estatística e diagnóstico – DSM 5, o jogo patológico deixasse de ser considerado como uma perturbação do controlo dos impulsos e passasse mesmo a constituir o primeiro exemplo de adição comportamental, ou adição sem substância. (apa, 2013). Na mesma versão deste manual de referência em termos de psicopatologia, enumeravam-se alguns outros quadros de alterações comportamentais de tipo impulsivo – compulsivo que embora e à data ainda não reunissem evidência suficiente para o efeito, muito possivelmente virão no futuro a constituir-se como outras adições comportamentais.

Efetivamente, em 2018, quando a OMS publicou a 11ª revisão da classificação internacional de doenças (cid-11) e como resultado da análises das evidências disponíveis e do consenso entre especialistas de diferentes disciplina, nela constava uma nova perturbação aditiva sem substância – o jogo não a dinheiro, ou na sua expressão inglesa, o “*gaming*”.

Estas alterações nosográficas lançam desafios importantes aos sistemas de resposta aos CAD nas suas diferentes vertentes (prevenção, tratamento, RRMD, reinserção), até então exclusivamente centrados nas perturbações que envolviam o consumo de substâncias. Por outro lado, vem reenquadrar e revalorizar a situação da parte da população que padece destes problemas, nomeadamente no que se refere aos jovens com problemas de “*gaming*”, permitindo um melhor entendimento e resposta aos quadros clínicos e de vida altamente limitadores que se manifestavam até então, no contexto da relação com a internet na sua utilização enquanto suporte de videojogos.

Em suma e como refere a OMS, a inclusão destas perturbações no espectro dos CAD permite o desenvolvimento e a aplicação de intervenções mais adequados e adaptados à realidade biopsicossocial da perturbação de que padece essa população, o que muito provavelmente resultará em ganhos em saúde ao nível individual, familiar e comunitário, promovendo ainda uma maior atenção dos profissionais de saúde aos riscos de desenvolvimento

destas perturbações, permitindo a implementação precoce das intervenções de prevenção e tratamento mais adequadas (OMS, 2018).

Grande parte da literatura disponível sobre a identificação dos fatores de risco (designadamente de natureza precoce) para o desenvolvimento da perturbação de jogo deriva de estudos transversais, particularmente com adolescentes. Sendo esta a priori uma limitação destes estudos, os mesmos contribuem, todavia, para o conhecimento de importantes dados, seja na identificação de aspetos que incrementam a probabilidade do aparecimento de problemas de jogo, seja daqueles que, no âmbito de análises estatísticas multivariadas, parecem constituir fatores preditivos deste tipo de comportamentos aditivos (Linhas de Orientação Técnica para a intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências sem Substância, pp 17, SICAD 2018).

**Figura 5 - Fatores mais associados à emergência de problemas de jogo, (Linhas de Orientação Técnica para a intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências sem Substância, pp 30, SICAD 2018)**

ÁREA SÓCIO-DEMOGRÁFICA	Família e Comunidade	Funcionamento Psicológico	Comportamento Aditivo
<b>GÉNERO MASCULINO BAIXO NÍVEL SOCIOECONÓMICO</b>	Inconsistência disciplinar parental Adversidade precoce e conflitos familiares Dificuldades escolares Contacto regular e precoce com contextos de jogo	Extroversão Impulsividade Sensation-seeking Estratégias de coping desadaptativas Sintomas de hiperatividade com défice de atenção Stress e afeto negativo (sintomas ansiosos e depressivos)	Início precoce de práticas de jogo Uso de substâncias psicoativas Pares com comportamentos aditivos Pais com comportamentos aditivos (com e/ou sem substância)
<b>JOHANSSON ET AL. (2009) WELTE ET AL. (2006) VACHON ET AL. (2004)</b>	Poole et al. (2017) Sadock & Sadock (2003)	Hing et al. (2016, 2017) APA (2013) Hills et al. (2001)	Johansson et al. (2009) Petry (2005) Ciarrochi (2002)

## **VI. Respostas e intervenções para crianças e jovens com comportamentos aditivos e dependências**

A política portuguesa, nas suas diferentes áreas de missão, abrange um largo espectro de respostas na área dos comportamentos aditivos, com ou sem substância, no sentido de ser assegurada aos cidadãos a prestação de cuidados de saúde ao longo dos seus diferentes ciclos de vida.

Ao nível da organização territorial da intervenção nesta área específica, existem estruturas que tanto em termos nacionais como locais, têm responsabilidade na operacionalização das respostas integradas nos vetores da prevenção, tratamento, reinserção e na redução de riscos e minimização de danos.

Neste sentido e dentro dos eixos de intervenção previstos, existem dentro das respostas comuns a todos os ciclos de vida, especificidades de acordo com os ciclos de vida e intervenções ajustadas às diferentes faixas etárias.

Importa então descrever as respostas que abrangem os jovens com CAD, por forma a que possam ser conhecidos os recursos existentes ao nível nacional, tendo sempre como objetivo a integração destes recursos na área da promoção dos direitos e proteção dos jovens.

## A. Prevenção

Na área da prevenção do consumo de substâncias psicoativas e das dependências têm-se desenvolvido políticas e intervenções estruturadas e baseadas em evidência científica, privilegiando os princípios da intervenção preventiva eficaz preconizada pela UNODC (2013 e 2018)<sup>22</sup>, OEDT (2011)<sup>23</sup> e pelo SICAD (2013)<sup>24</sup>. Estes princípios orientam para que as intervenções preventivas sejam:

- intensivas: no que diz respeito à quantidade de atividades ou sessões e à sua regularidade;
- continuadas: as intervenções pontuais não se mostram úteis, a continuidade é fundamental para alcançar resultados;
- compreensivas: isto é, ter uma visão global das pessoas e dos seus contextos e intervir em todos os níveis possíveis;
- multicomponentes: incluir por exemplo clarificação de informação, medidas reguladoras, treino de competências de vida, promoção de comportamentos alternativos aos comportamentos de risco;
- avaliadas: preconizando a realização de avaliação de processo, de resultados e de impacto.

Figura 6 - Intervenções Preventivas



<sup>22</sup>UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2013 e 2018). "International Standards on Drug Use Prevention"

<sup>23</sup> EMCDDA (2011). "European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals. Luxembourg: Publications Office of the European Union. EMCDDA Manuals No 7.

<sup>24</sup> SICAD (2013). Linhas Gerais de Orientação à Intervenção Preventiva nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

## A1. Conceitos e objetivos

No sentido de assegurar a eficácia da intervenção preventiva esta deve pautar-se por uma atitude pró-ativa, antecipando a ocorrência de uma situação problemática, deve ser focalizada, dirigindo-se a populações específicas, deve ser intencional, na medida em que pretende fortalecer a adaptação e o funcionamento saudável, deve reger-se pelo princípio da continuidade e autonomia, contribuindo para o *empowerment* do indivíduo, das famílias e das comunidades e, por último, deve contemplar processos de avaliação, de modo a analisar os efeitos e eficácia alcançados (Negreiros, 1998).

A intervenção preventiva implica uma articulação integrada entre as diferentes estruturas da saúde e instituições da comunidade, que facilite a utilização dos seus recursos e permita a concretização de ações, cujo objetivo seja reduzir a influência dos fatores de risco e potenciar ou reforçar os fatores de proteção, nas vertentes individual, familiar e social.

- **Objetivos estratégicos** da área da prevenção:

- Prevenir e/ou retardar o início do consumo de substâncias psicoativas e de outros comportamentos aditivos;
- Prevenir a continuação do uso e do abuso de substâncias psicoativas ou comportamentos aditivos sem substância;
- Prevenir a transição do uso ao uso nocivo, abuso ou dependência com ou sem substância.

As intervenções preventivas são muito variadas, desde aquelas que visam a sociedade como um todo (prevenção ambiental), até intervenções focadas em indivíduos em risco (prevenção indicada).

As estratégias de **prevenção ambiental**, de acordo com o OEDT, visam mudar os ambientes culturais, sociais, físicos e económicos em que as pessoas fazem escolhas sobre o uso de substâncias psicoativas. Elas incluem medidas como o preço do álcool e a proibição da publicidade ao tabaco e ao fumo, para as quais há boa evidência de eficácia. Outras estratégias visam proporcionar ambientes escolares protetores, promovendo um clima de aprendizagem positivo e de apoio e ensinando normas e valores de cidadania.

A **prevenção universal** está direcionada à população em geral, não considerando o grau de risco individual.

A **prevenção seletiva** intervém em grupos específicos, com fatores de risco identificados, quer seja a nível individual, familiar ou comunitário.

A **prevenção indicada** dirige-se a indivíduos que evidenciem sinais e sintomas precoces ligados aos comportamentos aditivos e às dependências e a indivíduos com consumos de substâncias sem critérios de dependência, visando prevenir a transição do uso ao uso nocivo, abuso ou dependência com ou sem substância. Os sinais ou sintomas referidos podem estar diretamente relacionados com o consumo de substâncias (p.ex.,

consumo de álcool e ou de cannabis) ou constituir variáveis mediadoras para com as dependências e os comportamentos aditivos (p.ex., insucesso e absentismo escolar).

Estes últimos três níveis de prevenção, pressupõem intervenções com duração e intensidade variáveis, de acordo com a avaliação dos níveis de risco reduzida e curta ou média duração, as intervenções de tipo indicado devem ser de longa duração e forte intensidade.

**Figura 7 - Níveis de Prevenção.**



## A2. Destinatários

Os destinatários da intervenção preventiva podem ser pessoas em qualquer etapa do ciclo de vida, sendo que maioritariamente a intervenção preventiva incide em jovens, no sentido da promoção de fatores protetores e na diminuição dos fatores de risco, podendo para isso recorrer à intervenção junto de populações estratégicas, como por exemplo pais ou professores.

## A3. Implementação

A intervenção preventiva pode ser operacionalizada a diferentes níveis (ambiental, universal, seletivo e indicado, como já referido anteriormente) e decorrer em diversos contextos de intervenção (contexto escolar, familiar e ou comunitário). A sua concretização recorre a diferentes metodologias e estratégias de intervenção, que vão desde a intervenção direta com jovens ao nível da sensibilização e da promoção de competências, à intervenção junto de públicos estratégicos como os seus pais ou representantes legais, através da formação e do apoio técnico à implementação de atividades preventivas.

As equipas de prevenção dispõem de vários programas de competências pessoais e sociais. A formação nos referidos programas e o acompanhamento técnico é assegurado pelas referidas equipas e são aplicados a nível

universal, seletivo, em meio escolar e comunitário, essencialmente por docentes e técnicos da comunidade, como são exemplo os Programas: «Eu e os Outros» (2º e 3º ciclos e secundário), «Pistas e Trilhos» (2º e 3º ciclos), «Atlante» (3º ciclo) e «Riscos e Desafios» (ensino superior).

Ao nível da prevenção indicada, as metodologias de intervenção devem ser fundamentadas num contexto de avaliação das necessidades, e de acordo com os métodos e as técnicas entendidas como adequadas. Genericamente, nas consultas para jovens, os tipos de intervenção podem integrar a realização de avaliação psicológica, apoio psicológico, intervenção psicoterapêutica, psiquiatria ou pedopsiquiatria, enfermagem, intervenção familiar, intervenção social, grupos psicoeducativos, treino de competências pessoais e sociais, grupos psicoterapêuticos.

Pretende-se que a intervenção se centre nos jovens e seus envolventes significativos, numa perspetiva sistémica, que os inclua como intervenientes do seu processo de reajustamento biopsicossocial.

Os espaços de intervenção/consulta a nível nacional são variados (ver tabela de recursos anexa) e funcionam, preferencialmente, em locais diferenciados dos espaços de tratamento dos adultos com história de *dependência de SPA e/ou outros CAD*. Em algumas situações, funcionam em espaço integrado numa estrutura da saúde, ou estrutura do Instituto Português do Desporto e da Juventude (IPDJ) ou em qualquer local de outra instituição parceira, com competências no âmbito da infância e juventude.

A sinalização e referenciação para os espaços da prevenção indicada é efetuada por técnicos de distintas áreas designadamente por entidades que desenvolvam atividades na área da infância e juventude (Educação, Saúde, Segurança Social, Justiça, Juventude, etc.). Estes espaços de prevenção indicada têm também uma acessibilidade direta por parte do jovem e/ou da família, através de contacto telefónico/E-mail e presencial.

Todos os procedimentos estão sujeitos à confidencialidade, que deve ser salvaguardada em qualquer situação, com especial cuidado nas situações de intercâmbio de informação sobre a pessoa, garantindo a defesa dos seus direitos e interesses.

#### A4. Avaliação

Relativamente à prevenção (ambiental, universal ou seletiva), a avaliação faz-se a 3 níveis: avaliação de necessidades, avaliação de processo, avaliação de resultados e de impacto.

A **avaliação de necessidades** realiza-se a partir de pedidos de intervenção da comunidade ou diagnosticadas no âmbito de parcerias locais e/ou regionais. A partir desta avaliação, o planeamento da intervenção é realizado, baseado na metodologia do modelo lógico (OEDT).



A **avaliação de processo** e de resultados é realizada de acordo com os projetos e respetivos objetivos definidos. Na avaliação de processo, valoriza-se a aplicação de uma intervenção de acordo com as necessidades previamente diagnosticadas de um grupo-alvo. Descreve-se como é que a intervenção preventiva se desenvolveu, se o desenho de intervenção funcionou e se o grupo-alvo beneficiou com as atividades realizadas, avaliando-se, assim, a qualidade da intervenção realizada. A avaliação de processo, ao exigir a recolha de todos os dados relevantes sobre o maior ou menor êxito da intervenção, oferece informação útil para a melhoria do programa.<sup>25</sup>

A **avaliação de resultados** permite estudar o efeito direto e imediato da intervenção no grupo-alvo, promovendo a sua mudança no comportamento, constituindo-se como um instrumento essencial para ajuizar se vale a pena prosseguir, adaptar ou abandonar uma intervenção. Pela sua natureza, a avaliação de resultados desenvolve-se ao longo do período de implementação do projeto, nomeadamente nos momentos de pré e pós-intervenção.<sup>26</sup>

Quanto ao impacto, ele ocorre a longo prazo e não se traduz apenas na alteração induzida nos indivíduos alvo da intervenção, mas também na planificação de estratégias governamentais e políticas de intervenção futuras. A avaliação do impacto determina, igualmente, se a intervenção teve efeitos positivos nos indivíduos e se tais efeitos se prolongam no tempo.

Em relação à avaliação da intervenção no âmbito da prevenção de nível indicado, a avaliação é realizada através de indicadores de resultado e de processo. A avaliação de resultados terá por base a definição do plano individual de intervenção e o cumprimento do mesmo face aos objetivos definidos, ou seja, a execução das propostas terapêuticas de acordo com o planeado e poderá recorrer a instrumentos específicos que permitam avaliar as propostas terapêuticas, competências pessoais /sociais e/ou outras implementadas. A avaliação de processo poderá ser através de indicadores como: a adesão e a retenção na intervenção. Deverá ainda envolver a realização de follow up, para monitorização da situação e/ou para avaliar impacto da intervenção.

No que se refere à avaliação da resposta ao nível da prevenção indicada, esta será sobretudo de âmbito clínico e de cariz individual, com vista a uma melhor intervenção junto do jovem, o que implica aferir ao longo do processo terapêutico a sua evolução clínica e os resultados alcançados.

#### Níveis de avaliação



<sup>25</sup> Kröger, C.; Winter, H. & Shaw, R. (1998). Guía para la Evaluación de las Intervenciones Preventivas en el ámbito de las Drogodependencias: Manual para Responsables de Planificación y Evaluación de Programas. Munich: EMCCDA/OEDT

<sup>26</sup> Linhas Gerais de Orientação à Intervenção Preventiva nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, SICAD (2013)

## **B. Redução de Riscos e Minimização de Danos**

### **B1. Conceitos e objetivos:**

A Estratégia Nacional de Luta contra a Droga, aprovada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99, de 22 de abril tem, entre outros princípios basilares, o princípio do humanismo e o princípio do pragmatismo, que levam ao reconhecimento da importância do desenvolvimento de programas e de medidas que contribuam para a redução de riscos e a minimização de danos (RRMD) do consumo de substâncias aditivas.

Nesta Estratégia assume-se a necessidade de estruturar um novo tipo de intervenção, que seja complementar às estratégias de prevenção, de tratamento e de reinserção, cujo objetivo principal é a procura da preservação das condições de saúde da sociedade, levando à necessidade de desenvolver medidas tendentes à redução da procura de substâncias aditivas.

A abordagem no âmbito da RRMD pretende globalmente promover a mudança dos comportamentos aditivos, com ou sem substâncias, de modo a diminuir os riscos e danos nos casos em que não é possível a sua supressão. As intervenções baseiam-se, assim, num forte compromisso com a saúde pública e com os direitos humanos, com um pendor eminentemente biopsicossocial<sup>27</sup>.

### **B2. Implementação:**

No sentido de viabilizar as intervenções inscritas nesta abordagem tornou-se necessário elaborar um dispositivo normativo que enquadrasse legalmente as estruturas, viabilizando as ações neste domínio.

Em 2001 e tendo por base esta necessidade, foi aprovado o Decreto-Lei 183/2001 de 21 de junho, que determina a criação de programas e de estruturas sócio sanitárias destinadas à sensibilização e ao encaminhamento para tratamento de cidadãos com CAD, bem como à prevenção e redução de atitudes ou comportamentos de risco acrescido e minimização de danos individuais e sociais provocados pelos consumos de substâncias psicoativas.

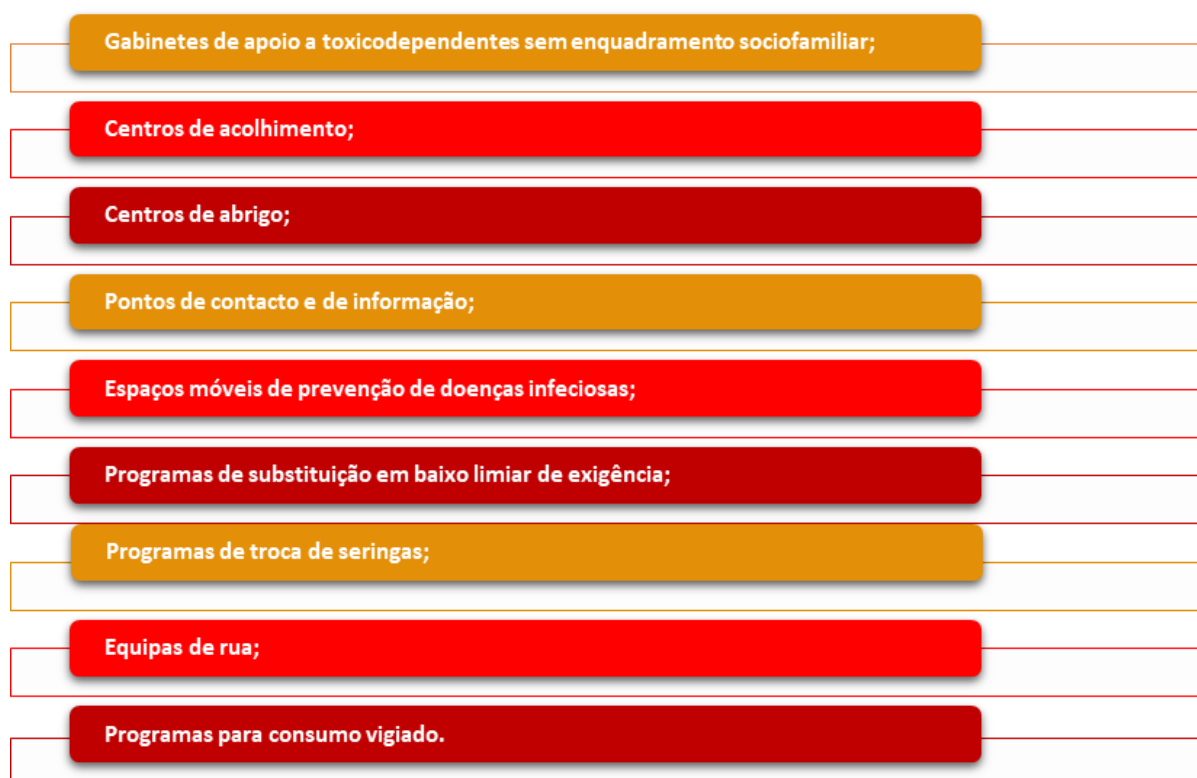
Subjacente ao mencionado Decreto-Lei está a criação, definição e regulamentação de programas e estruturas socio-sanitárias, com vista à adequação das mesmas às circunstâncias concretas da vida de cada cidadão.

---

<sup>27</sup> Orientação técnica para a intervenção em redução de riscos e minimização de danos: competências dos interventores (SICAD, 2016)

A implementação destas estruturas privilegia a constituição de parcerias com entidades públicas ou com entidades privadas, devendo, na medida do possível, estar previsto o encaminhamento para o tratamento e a cessação dos consumos. Assim, no quadro legal em vigor em Portugal estão em funcionamento os seguintes programas e estruturas sócio sanitárias:

**Figura 8 - Programas e estruturas sócio sanitárias.**



### **B3. Destinatários:**

Este tipo de programas e estruturas, pela sua forma de atuação e abordagem junto dos cidadãos, foram concebidos para dar respostas às necessidades de uma população adulta e, por regra, com um percurso de vários anos de consumos de substâncias. Assim e não sendo esta uma resposta tipicamente dirigida à população mais jovem, encontramos algumas entidades que detêm este tipo de estruturas e que, pese embora a sua população alvo sejam adultos, acabam por inerência das suas ações e contextos de intervenção, abarcar um grande número de jovens.

A alteração da dinâmica das atividades noturnas e a sua expansão para vários contextos recreativos, nomeadamente no que diz respeito ao consumo de substâncias, sendo este agora mais alargado do que os

consumos típicos de álcool e de tabaco, bem como a própria diversidade de substâncias disponíveis, fomentaram a necessidade de intervenção junto de populações mais jovens.

#### **B4. Interventores:**

Encontramos assim em várias zonas do território nacional, entidades privadas com Contrato de Atribuição de Financiamento Público estabelecidos com o SICAD e que têm em funcionamento Equipas de Rua ou Ponto de Contacto e Informação. As equipas que integram estas estruturas realizam as suas intervenções em contextos de lazer noturno, festivais ou semanas académicas e desempenham um papel fundamental na redução de riscos e minimização de danos junto de grupos de jovens, revestindo-se este tipo de resposta em integração com outras intervenções, de enormes potencialidades.

### **C. Tratamento**

O tratamento dos CAD pode ser definido genericamente como a disponibilização de uma ou mais intervenções estruturadas, que considerando a especificidade desta problemática, visam lidar com os problemas de saúde e outros, que resultam dos comportamentos aditivos e de dependências, visando melhorar o funcionamento pessoal e social do indivíduo.

O percurso do tratamento inicia-se quando um indivíduo com comportamentos aditivos e/ou dependência entra em contacto com um técnico ou serviço de saúde, iniciando um processo terapêutico que se concretiza por uma integração de intervenções específicas, ocorrendo sucessiva ou concomitantemente, e que terminará quando o máximo do seu potencial para a saúde e bem-estar for atingido.

Nos CAD, o tratamento pode ser entendido como a fase inicial do processo de Recovery, que em traços gerais, compreende um conjunto de vivências e experiências que podem ocorrer a qualquer pessoa que tenha de lidar e ultrapassar determinada problemática ou acontecimento de vida, como por exemplo, a morte de alguém querido, um divórcio, uma doença crónica (física ou mental) ou a dependência de substâncias químicas (Anthony, 1993).

Recovery pode ser definido como uma oportunidade que surge no meio de uma situação de crise e que leva o sujeito a alterar o seu modo de vida e a descobrir possibilidades e potencialidades únicas (Deegan 1988), sendo este processo profundamente pessoal e único de mudança de atitudes, valores, sentimentos, objectivos, competências e papéis, que conduz a uma forma de viver a vida com satisfação e esperança e que leva ao desenvolvimento de novos significados (Anthony, 1993).

## C1. Conceitos e objetivos:

O tratamento pode decorrer em diferentes tipos de enquadramentos e de estruturas (ambatório, internamentos, centros de dia), podendo recorrer a diferentes formas de intervenção e ter uma duração variável. Sendo uma doença crónica e sujeita a recaídas, as perturbações aditivas requerem frequentemente um processo de tratamento a longo prazo, envolvendo múltiplas valências e exigindo acompanhamento regular. Neste contexto, as recaídas terão de ser entendidas, em termos de planificação do tratamento, como momentos críticos que sinalizam a necessidade de reajustamento da estratégia terapêutica às necessidades presentes do doente, em termos de valências a mobilizar e/ou da intensidade e frequência da intervenção.

A planificação do tratamento deve ter em conta e ajustar-se às necessidades globais do utente, determinadas não só pelo grau de gravidade da perturbação, mas também pelas comorbilidades físicas e psíquicas que eventualmente possa apresentar. Assim o tratamento de uma pessoa com comportamentos aditivos ou dependência pode requerer a combinação de diferentes **intervenções terapêuticas**: psicofarmacológicas, psicológicas/psicoterapêuticas, médicas, intervenções sistémicas e reabilitação social.

Como seria de esperar, à luz da definição de perturbação aditiva, a evidência científica suporta fortemente a relação entre melhores resultados em termos de tratamento, e a combinação de diferentes tipos destas respostas.

Não existe assim um tratamento que sirva para todas as situações. Para ser eficaz, o tratamento deve ter em conta as características específicas do utente, o tipo de comportamento aditivo em causa, bem como as eventuais comorbilidades físicas e psiquiátricas associadas.

A acessibilidade ao tratamento para pessoas com comportamentos aditivos e dependências é um fator importante: não só a natureza da perturbação implica uma forte ambivalência no que respeita ao envolvimento em tratamento, como a sua natureza crónica determina que quanto mais precocemente se inicie o tratamento, maiores sejam as possibilidades de sucesso. Por outro lado, as estruturas de tratamento devem adequar-se às características específicas dos diferentes subgrupos da população com comportamentos aditivos e dependências, atendendo às questões de género, fases do ciclo de vida, contextos sociais, substâncias e tipo e grau da perturbação aditiva.

A recuperação de uma perturbação aditiva é um processo que a longo prazo frequentemente requer vários episódios de tratamento. A mera suspensão dos consumos, através da desabituação física ou por outro meio, pode constituir o primeiro passo no tratamento, não sendo capaz por si só de determinar mudanças a longo prazo em termos de ganhos terapêuticos sustentados.



## C2. Implementação:

O Tratamento dos CAD é uma das quatro áreas de atuação, enquadrada num modelo integrado de intervenção neste domínio.

Esta intervenção conta com a participação de diversas estruturas, designadamente através das Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento (ETET) e das Unidades de Internamento Especializadas.

A intervenção é desenvolvida por Equipas multidisciplinares, e assenta numa abordagem holística e integrada, junto de pessoas com CAD (seja de substâncias psicoativas ilícitas, lícitas e/ou de dependências sem substância).

Com este modelo de intervenção, visa-se responder às múltiplas necessidades dos utentes, seja a nível da saúde física, seja a nível psicológico, seja na dimensão social.

Trata-se assim, de um **processo de tratamento integrado**, que assenta em diversos **princípios**:

- a **centralidade no cidadão**, assumindo que este tem um papel ativo na definição do seu projeto terapêutico e projeto de vida, de acordo com as suas necessidades próprias, no respeito pelos seus direitos e deveres de cidadania. Esta abordagem tem em perspetiva o indivíduo como um todo, considerando quer os seus recursos familiares, quer os recursos sociais, que podem, no seu todo, ser objeto da intervenção;
- a **acessibilidade**, no sentido em que se visa aproximar as respostas de tratamento aos utentes, nos territórios onde residem ou se movem, por forma a promover a adesão e a retenção destes ao processo do tratamento.
- a **territorialidade**, que preconiza reforçar, num determinado território, uma rede de prestação de cuidados em saúde, que potencie as sinergias dos diversos serviços públicos, nas áreas da saúde e social, bem como de outros organismos públicos e de entidades privadas que intervêm no domínio dos CAD, numa determinada comunidade.

Deste modo:

---

*A intervenção em tratamento está estruturada em níveis diferenciados (da deteção precoce à intervenção especializada), através de uma articulação das unidades especializadas em CAD, com os Cuidados de Saúde Primários, com os Serviços médico-hospitalares, com as unidades locais de saúde mental, com as Comissões para a Dissuasão da Toxic dependência (CDT), com as IPSS/ONG, designadamente as Comunidades Terapêuticas (CT)*

---

### C3. Destinatários:

Algumas das respostas na área do tratamento são destinadas a jovens e nesse sentido, foram desenhadas tendo em vista as especificidades deste grupo-alvo.

A adolescência é um período marcado por grandes transformações e turbulência ao nível biológico, psicológico e social. De facto, neste período são muitas as mudanças sentidas pelos jovens quer a nível interno, quer na relação com os outros e na interação com o mundo.

O consumo de substâncias psicoativas lícitas e/ou ilícitas, é uma situação que atravessa esta fase do desenvolvimento, sendo importante estar atento ao significado e ao valor instrumental que esta experiência pode ter no processo de desenvolvimento do jovem.

Estes consumos têm muitas vezes uma função adaptativa no processo de desenvolvimento psicoafectivo dos jovens, embora em alguns casos possam estar associados a perturbações no processo de desenvolvimento ou mesmo a patologia psiquiátrica.

Importa, então, num primeiro momento, avaliar os vários sinais que permitam perceber qual a intensidade da relação com os consumos de Substâncias Psicoativas (SPA), seja a nível clínico, seja nas relações e aspetos exteriores da vida do jovem.

- Que lugar ocupam as SPA na vida do jovem?
- Que tipo de consumo apresenta: recreativo /festivo/ocasional?
- Já um consumo regular, repetido, isolado e sempre com um mesmo grupo?
- De que substância se está a falar? Trata-se de um consumo auto-terapêutico?
- Já revela um padrão de dependência em que estes consumos passam a centralizar as energias do jovem e a interferir negativamente nas atividades e motivações do mesmo?

Efetivamente, sabemos que por vezes jovens que abusam de álcool e/ ou outras substâncias psicoativas apresentam quadros de psicopatologia associada. Fica sempre a questão de se saber se foi a patologia psiquiátrica a precipitar os consumos abusivos de álcool e/ou spa ou se é esta que resulta destes consumos. Em todo o caso, estas duas situações podem coexistir em jovens em risco, visto que existem fatores de risco comuns para uma e outra perturbação. Não raras vezes observamos a associação do consumo de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas a perturbações do comportamento, delinquência, perturbações depressivas, perturbações de ansiedade, entre outras.

É, pois, essencial compreender que a enorme diversidade de substâncias e a subjetividade e heterogeneidade dos jovens consumidores exige uma abordagem cuidada, atenta e multifacetada da realidade complexa de cada jovem em concreto.

Dá a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, especializada e implicando uma intervenção articulada entre as diferentes áreas de apoio às múltiplas problemáticas dos jovens em risco. Resulta, pois, evidente a necessidade de existir uma ligação entre diferentes serviços por forma a realizar as melhores avaliações diagnósticas e as referências mais adequadas a cada situação.

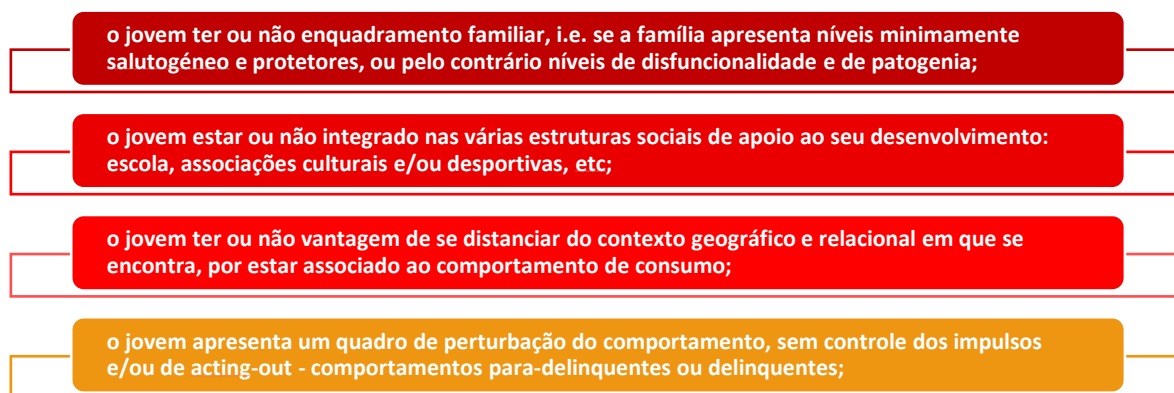
Assim, e como referido anteriormente, a complexidade da intervenção junto de jovens com CAD obriga a uma avaliação diagnóstica da dependência<sup>28</sup> e a intervenção em tratamento consiste, genericamente, em disponibilizar uma ou mais intervenções estruturadas. Esta intervenção visa lidar com os problemas de saúde e outros, resultantes direta ou indiretamente dos comportamentos aditivos, nas dimensões da saúde física, psicológica e social do jovem, visando promover um estado de equilíbrio, quer ao nível pessoal, quer ao nível relacional e social. Este processo terapêutico terminará quando o máximo do seu potencial para a saúde e bem-estar for atingido (adaptado do site SICAD). Numa lógica de prevenção da recaída e promoção do bem-estar, deverá haver manutenção das condições físicas, emocionais e relacionais descritas.

O tratamento pode decorrer em diferentes tipos de enquadramentos e estruturas (ambulatório, internamentos, centros de dia), num processo normalmente longo, com situações de resistência e de ambivalência próprios da fase da adolescência e da patologia dos CAD, por vezes com vários abandonos e com várias recaídas, e que exige um acompanhamento regular e continuado.

Neste sentido, é crucial ajustar a estratégia terapêutica às necessidades identificadas no jovem em concreto, a fim de decidir qual o programa terapêutico que melhor se adequa à sua situação: a decisão de seguimento em ambulatório, ou a necessidade de um projeto terapêutico de internamento.

Os critérios gerais a considerar para uma decisão por um ou outro contexto terapêutico são:

**Figura 9 - Critérios para escolha de contexto terapêutico**



<sup>28</sup> A avaliação diagnóstica combina várias estratégias, abordagens e instrumentos de avaliação (ASSIST, AUDIT; SOGS)



Só depois de avaliadas estas circunstâncias em cada jovem, no que respeita ao comportamento de consumos de SPA mas também outras comorbilidades associadas, de saúde física ou mental, é que se poderá definir as intervenções, por norma através de terapêuticas combinadas: psicológicas/psicoterapêuticas, psicofarmacológicas, médicas, intervenções sistémicas e reabilitação social.

À semelhança de outras patologias de saúde mental, também nos CAD, quanto mais precocemente se inicie o tratamento, maiores são as possibilidades de sucesso.

Os contextos de atendimento e de tratamento de jovens com CAD devem salvaguardar aspetos tais como a fase do ciclo de vida, os contextos sociais, as substâncias e o tipo e grau da perturbação aditiva. Desta forma tem-se revelado de grande vantagem para esta intervenção com os jovens que este atendimento seja realizado em espaços de organismos neutros dirigidos a jovens, designadamente o IPDJ, ou em espaços de saúde geral, nomeadamente centros de saúde.

#### **C4. Interventores:**

Na área do tratamento, as políticas públicas relativas aos CAD, preconizaram sempre a articulação das diferentes intervenções terapêuticas, através de respostas integradas de cuidados, que permitem responder específica e adequadamente às múltiplas necessidades de cada utente.

Esta intervenção é realizada através das várias estruturas públicas de tratamento, em estreita articulação com outras estruturas de saúde, seja ao nível dos cuidados de Saúde Primários, seja de cuidados hospitalares, bem como com outros organismos públicos e instituições privadas que intervêm, direta ou indiretamente, no domínio dos CAD, designadamente, as CT.

#### **C5. Respostas Residencial de Tratamento – Comunidades Terapêuticas:**

As Comunidades Terapêuticas (CT) são umas das respostas existentes no Modelo de Tratamento Integrado vigente em Portugal, na área dos Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD), prestando um conjunto de apoios e serviços em unidades especializadas, disponibilizando cuidados a cidadãos que necessitam de internamento prolongado com apoio psicoterapêutico e socio terapêutico, supervisionado por médicos psiquiatras.

As CT são espaços residenciais, destinados a promover a reabilitação biopsicossocial da pessoa com comportamentos aditivos ou dependências, mediante um programa terapêutico articulado em diferentes fases (e eventualmente hierarquizado).

Estas unidades residenciais de tratamento são recursos integrados num conjunto de respostas terapêuticas, em que a dinâmica comunitária as distingue das restantes abordagens de tratamento. Estes dispositivos terapêuticos operam com uma equipa multidisciplinar, sob supervisão psiquiátrica. Ao proporem uma rutura com o meio onde os jovens se inserem e através de apoio especializado, têm como objetivo o reaprender a viver sem a utilização de substâncias psicoativas e a identificar as suas competências pessoais, visando uma reorganização psicossocial, de forma a facilitar uma reinserção sentida como gratificante. (in linhas orientadoras para o tratamento e reabilitação em comunidades terapêuticas; pp 9).

Fruto da evolução do fenómeno dos CAD ao longo das últimas décadas, as CT tiveram de se adaptar às novas realidades, sendo que a população-alvo destas unidades refletiu essa evolução, seja no que se refere a novos padrões de abuso / dependência de substâncias, seja nas problemáticas biopsicossociais associadas às dependências.

Estas alterações deram origem a novos subgrupos de pessoas com problemas relacionados com o abuso / dependência de substâncias psicoativas, somando-se assim às subpopulações já conhecidas, as quais, fruto do fenómeno natural de progressão pelas etapas do ciclo de vida, começaram igualmente a evidenciar novas necessidades de intervenção.

Assim e decorrente desta realidade, estas unidades residenciais de tratamento realizam a sua intervenção com base num Programa Geral para Dependentes de Substâncias Psicoativas, podendo dispor de Programa Específico para Dependentes de Álcool, Programa Específico para Dependentes de Substâncias Psicoativas com Doença Mental Grave Concomitante, Programa Específico para Grávidas, Programa Específico para Crianças e Jovens e Programa Específico para Utentes de Longa Duração.

No atual momento, a rede de CT abrange todo o território de Portugal Continental e assume-se como uma resposta robusta para a intervenção na área do Tratamento dos CAD.

Sendo esta resposta maioritariamente assegurada por entidades privadas convencionadas com o Ministério da Saúde nos moldes previstos pelo Decreto – Lei nº 72 / 99 de 15 de março, o apoio a conceder aos cidadãos com CAD e suas famílias nestas valências é concretizados pelo disposto no Despacho dos Ministérios das Finanças e da Saúde nº 16938/13 de 31 de dezembro, o qual fixa os procedimentos e os limites da comparticipação do Estado no que concerne ao apoio aos cidadãos e suas famílias para o tratamento nestas unidades. Nestes Contratos de Convenção assume o SICAD o papel de representante do Estado. O financiamento do Estado pelos serviços prestados no âmbito das convenções tem como limite 80% do preço máximo estabelecido à exceção dos programas de longa duração.

As CT que dispõem de programa específico dirigido a jovens, disponibilizam, através de intervenção psicoterapêutica e socio terapêutica, apoio aos jovens para a reorganização do seu mundo interno, nas relações com os outros e com o meio que o rodeia, construindo novas alternativas de perspetivar o seu futuro, assente numa abordagem que visa a reabilitação biopsicossocial do jovem.

Concretamente no que se refere aos jovens encaminhados para tratamento em Comunidade Terapêutica (CT), podem existir várias entidades implicadas no processo. Neste caso torna-se necessário prosseguir com um conjunto de procedimentos interinstitucionais, essenciais para o adequado desenvolvimento do processo de ingresso e de tratamento em CT, bem como à planificação e concretização do seu processo de reinserção, prevenção de recaída e retorno à integração na comunidade, aquando da alta.

Neste contexto, em relação à referência/articulação, para/com estas entidades, torna-se absolutamente necessária a definição dos processos de avaliação clínica dos jovens, bem como dos procedimentos que permitam uma adequada referência/encaminhamento dos mesmos, entre as diferentes estruturas de tratamento, com respostas terapêuticas diferenciadas e especializadas.

A intervenção com jovens com comportamentos aditivos e dependências é uma das prioridades das entidades públicas e privadas que intervêm no domínio dos CAD.

Face à complexidade das problemáticas emergentes na população dos jovens, muitas vezes em idades muito precoces, importa reforçar a capacidade de resposta e melhorar a qualidade das intervenções, através da articulação entre as várias estruturas públicas e privadas, seja da área da saúde, da área social ou da área judicial.

Verificando-se também que a realidade do consumo de substâncias lícitas e ilícitas se associa tantas vezes a situações de desinserção social, de disfuncionalidade familiar/negligência parental, maus-tratos físicos e psicológicos, comportamentos desviantes e delinquentes, justifica-se sobremaneira a ligação entre as várias entidades que direta ou indiretamente, atuam na área dos jovens e dos CAD.

Exemplo desta necessidade de articulação, é o cruzamento da área da saúde com o setor da justiça, em que importa criar condições para apoiar a inserção dos jovens de forma saudável e responsável na vida em comunidade, proporcionando medidas de proteção que visem minimizar os riscos/perigos em que os mesmos se encontrem, e possibilitem o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade individual e social dos jovens em relação à sua saúde e ao seu projeto de vida.

Esta visão sistémica, preconiza uma intervenção em rede que considere os vários subsistemas em jogo, tais como a família e os sistemas sociais e ambientais, designadamente, a escola, as associações culturais e desportivas, e outras estruturas de suporte social. Como se compreenderá, para tal, é absolutamente necessário o compromisso e o envolvimento de todos estes sistemas, que através de uma linguagem comum, possibilite uma compreensão integrada dos processos de transformação das problemáticas, e do crescimento dos jovens.

A intervenção em tratamento está, assim, estruturada em níveis diferenciados (da deteção precoce à intervenção especializada), através de uma articulação das unidades especializadas em CAD, com os Cuidados de Saúde Primários, com os Serviços médico-hospitalares, com as unidades locais de saúde mental, com as CDT, com as IPSS/ONG, designadamente as CT.

## D. Reinserção

### D1. Conceitos e objetivos:

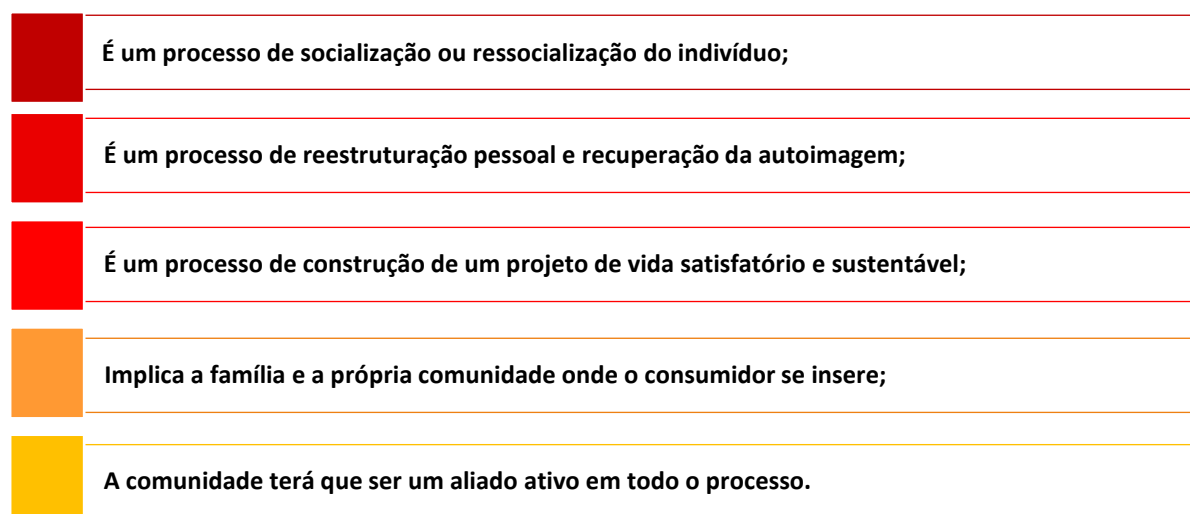
A Reinserção Social constitui um vetor de intervenção de importância reconhecida para a eficácia da redução da procura das drogas (Teresa Nunes Vicente, Manual de Boas Práticas em Reinserção, pág. 10).

Atualmente considera-se que a Reinserção se perspetiva como uma intervenção transversal à trajetória do consumidor de substâncias desde o uso ocasional ou regular até à dependência.

*A reinserção é um processo, que tem início na decisão de tratamento por parte do cidadão, com características individuais porque é adaptado à realidade de cada um, e com características comunitárias, porque envolve o meio onde o cidadão se situa e implica a articulação com os recursos disponíveis.*

Não havendo um conceito único, importa realçar alguns elementos centrais quando se fala de reinserção (Carvalho & Pinto; 2007, p. 12):

**Figura 10 - Elementos centrais para definição de reinserção**



A reinserção deve ser considerada parte integrante e complementar não só do tratamento, mas também das áreas da prevenção e redução de riscos e minimização de danos, realçando-se assim, a relevância do seu carácter abrangente e transversal em toda a intervenção para jovens com CAD.

Andréas (2003) citado no Manual de Boas Práticas em Reinserção (pág. 20) refere que o **objetivo do processo de reinserção** é a aquisição ou redescoberta da autonomia, no que respeita a várias dimensões:

- **“Autonomia psico-relacional** — *É a base de todas as formas de autonomia, na medida em que a presença de recursos pessoais facilita a relação com o outro e contribui para a aquisição ou reforço da autonomia nos outros planos (sociocomunitário e socioprofissional).*
- **Autonomia sociocomunitária** — *Refere-se à capacidade de implicação de uma pessoa numa comunidade, participando em atividades recreativas, culturais e sociais. Uma pessoa autónoma é capaz de tomar as diligências necessárias para ter acesso aos diferentes recursos do meio.*
- **Autonomia socioprofissional** — *Significa, na maioria dos casos, o regresso aos estudos ou a reintegração no mercado de trabalho. É a capacidade de encontrar um emprego e, sobretudo, conservá-lo. Trata-se de adquirir hábitos de trabalho, competências sociais e saber-fazer prático.*
- **Autonomia do consumo de drogas** — *É a capacidade do indivíduo manter a abstinência de todas as substâncias psicoativas. A abstinência é importante para a autonomização do indivíduo, mas não a podemos definir apenas em função daquela, sob pena de termos uma autonomia aparente.”*

A intervenção na área da reinserção não deverá ser exclusiva e centrada apenas no jovem com CAD, uma vez que pressupõe o envolvimento da família, dos amigos/grupos de pares, da rede de vizinhança e da comunidade.

No âmbito dos CAD, a intervenção em reinserção é realizada tendo como base o Modelo de Intervenção em Reinserção (MIR), que contempla a dimensão individual e a dimensão dos sistemas sociais, recorrendo ao acompanhamento social e à mediação social.

O objetivo é iniciar processos de acesso a direitos de cidadania e de participação social junto dos jovens com CAD bem como das suas famílias.

Esta intervenção implica uma articulação integrada entre as diferentes estruturas da saúde e instituições da comunidade, que facilite a utilização dos seus recursos e permita a concretização de diferentes ações, nas rotinas, nas competências pessoais e sociais e nas redes sociais.

### **A intervenção pode ser efetuada a três níveis:**

1. Nível micro: intervenção dirigida ao jovem com CAD, com o objetivo de reparametrização das suas rotinas quotidianas e do desenvolvimento de competências sociais;
2. Nível meso: intervenção dirigida à família, a relações de vizinhança e amigos, com o objetivo de ativar e mobilizar redes de solidariedade primárias, e de reforçar o sentido de identidade pessoal e da família, promovendo mudanças nas rotinas da vida diária e capacitando-a para a resolução de problemas;
3. Nível macro: intervenção dirigida às redes formais, instituições públicas ou privadas, organizações, entidades empregadoras, à comunidade em geral, com o objetivo de alterar as representações dos sistemas sociais, desmistificar mitos e crenças face aos CAD, construir uma rede de parceiros com uma cultura de trabalho integrado.

### **Considerando os diferentes níveis, a intervenção tem como pressuposto:**

- Centralidade na criança/jovem e seus envolventes significativos, numa perspetiva sistémica, que os incluam nos modelos de intervenção, conjuntamente com as equipas técnicas, como intervenientes do seu processo de reajustamento biopsicossocial;
- Construção de uma relação significativa com o jovem/família/pessoas significativas;
- Negociação de estratégias de intervenção com o jovem e a família/ pessoas significativas;
- Intervenção integrada e em rede, numa perspetiva de prevenção de recaída e promoção do bem-estar.

## **D2. Destinatários:**

Os destinatários da intervenção em reinserção podem ser:

- Jovens com história familiar de uso/ abuso de SPA ou outros CAD, que apresentam fatores de risco para a experimentação de SPA e/ou de outros CAD;
- Jovens que apresentam sinais de experimentação e uso de SPA e/ou outros CAD ou com história de dependência;
- Jovens integrados em Centros de Acolhimento, Lares de Infância e Juventude ou em Centros Educativos da DGRSP (se cumulativamente tiverem processos no âmbito do Tutelar Educativo) que apresentem sinais de experimentação ou com história de dependência;
- Familiares e/ou outros envolventes significativos destes jovens sem história de abuso de SPA e/ou outros CAD, que são alvo de intervenção numa perspetiva sistémica;

- Familiares e/ou outros envolventes significativos dos jovens abrangidos por medidas de promoção e proteção, com história de abuso de SPA e/ou outros CAD;

### D3. Implementação

Os profissionais de reinserção recorrem a diferentes metodologias e estratégias de intervenção, que vão desde a intervenção direta com os jovens e sua rede informal, à intervenção junto de estruturas da comunidade necessárias direta ou indiretamente ao seu processo de reinserção.

Ao nível da intervenção direta e individual, os **profissionais de reinserção** têm como **atividades**:

- 1 – Consulta, onde é elaborado um diagnóstico social que contempla a avaliação das necessidades do cidadão, das competências sociais e pessoais e dos recursos existentes a nível da rede informal e formal. Sempre que possível deverá existir um acompanhamento de continuidade, devendo o mesmo ser negociado/contratualizado um Plano Individual (PII) que contemple os três níveis de intervenção;
- 2 – Visitas Domiciliárias, onde é efetuado um acompanhamento no seu contexto habitacional e observada a interação do cidadão com o seu meio envolvente;
- 3 - Mediação social, onde, enquanto mediador, tenta, por meio da organização de interações entre as pessoas ou instituições, ajudá-las a melhorar uma relação ou a resolver um conflito;
- 4 - Articulação e encaminhamento interinstitucional, são procedimentos necessários no âmbito do acompanhamento, inúmeras vezes em complementaridade com uma rede de parcerias institucionais;
- 5 - O profissional da reinserção poderá ainda recorrer a estratégias de intervenção em grupo, que se organizam de acordo com o funcionamento das Equipas nas quais se insere, nomeadamente:
  - Intervenção Familiar e Terapia familiar
  - Programas de Treino de Competências Parentais
  - Projetos de Treino de Competências Pessoais e Sociais
  - Projetos de Prevenção de Recaída
  - Grupos de Pós-alta
  - Grupos de Famílias

No acolhimento/triagem o/a Assistente Social avalia a situação/caso e decide da necessidade ou não da intervenção social. Em outras situações, após a sinalização e referenciação para o profissional de reinserção poderá ser efetuada a discussão de casos em equipa multidisciplinar, elaborado o diagnóstico social e o Plano

Individual de Inserção (P.I.I.) A forma de referenciação dos jovens e famílias poderá, no entanto, variar de acordo com as equipas técnicas especializadas (Recomendação por ex: uso de uma ficha de referenciação).

Os espaços de intervenção/consulta a nível nacional são variados, nomeadamente:

- Equipas Técnicas Especializadas, que incluem as Consultas para jovens e Extensões;
- Em locais diferenciados que funcionam em espaços de uma estrutura de saúde, ou estrutura do IPDJ ou em qualquer outro local noutra instituição parceira, com atividade no âmbito da infância e juventude.

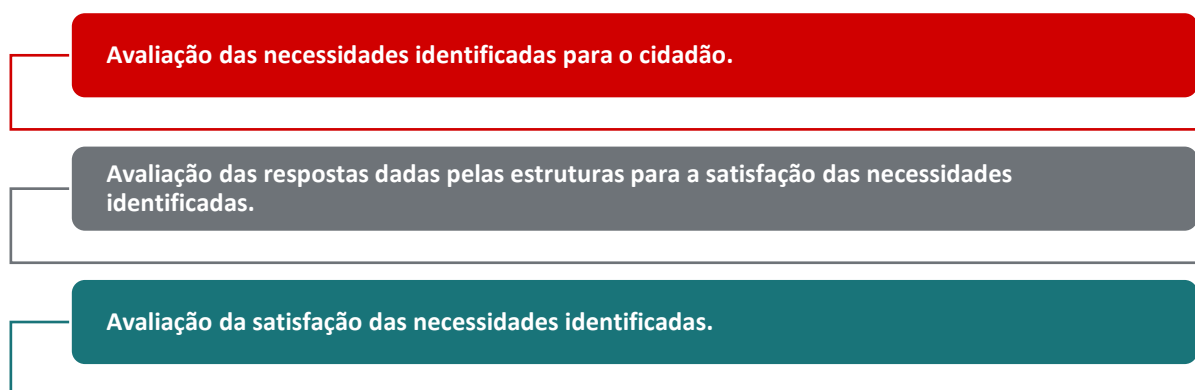
#### D4. Interventores:

A intervenção em reinserção é realizada pelos técnicos afetos à área, sendo maioritariamente assegurada por assistentes sociais.

#### D5. Avaliação:

Avalia-se recorrendo ao Modelo de Intervenção em Reinserção. É feita uma avaliação inicial da situação através da elaboração do diagnóstico social. Posteriormente, estão previstos 3 níveis de avaliação:

**Figura 11 - Níveis de avaliação em reinserção**





## VII. Recursos de apoio à decisão no processo de promoção e proteção

No âmbito do Processo de Promoção e Proteção (PPP), a fase de avaliação diagnóstica é o momento da recolha das informações necessárias por forma a sustentar a tomada de decisão, permitindo que o Processo possa ser arquivado ou, havendo comprovadamente situação de perigo para o jovem, ser deliberada Medida de Promoção e Proteção que assegure a proteção do mesmo.

No final desta fase, já devem estar reunidos todos os elementos recolhidos através de diversos métodos e fontes (Forças de Segurança, Hospitais, Centros de Saúde, Associações e Entidades Privadas, Estabelecimento de Ensino e Serviços de Psicologia e Orientação, Serviços Públicos e/ou Privados Especializados no Apoio à Criança/jovem, Vizinhos e familiares, outras entidades), ou através de outros métodos de recolha de informação (Entrevistas, visitas domiciliárias, utilização de instrumentos de avaliação e/ou questionários). Não obstante as fontes ou metodologias de recolha de informação mencionadas, a utilização das mesmas deve ser ajustada ao caso concreto, respeitando a individualidade de cada situação.

Assume ainda particular relevância no processo de tomada de decisão, a avaliação da resiliência do jovem a favor da qual corre termos o PPP.

No domínio da proteção à infância e juventude utiliza-se, cada vez mais, o conceito de resiliência para designar o conjunto de características que ajudam a pessoa a superar a maior parte dos efeitos negativos das experiências adversas. A idade dá-nos informações importantes sobre as necessidades do jovem e o seu nível de vulnerabilidade ou falta de capacidade de autoproteção.

Assim, um jovem resiliente é um jovem que reage melhor, do que seria de esperar, comparativamente a qualquer outro jovem nas mesmas circunstâncias. É um jovem que faz progressos positivos em contextos desfavoráveis e que atinge um nível de ajustamento adequado apesar das circunstâncias adversas. Embora ainda falte investigação sobre as razões pelas quais alguns jovens são mais resilientes ao perigo, ou à adversidade, do que

outras, parece que a resposta está na complexa interação entre (a) as próprias características da situação de perigo<sup>29</sup>.

Nos PPP a favor de jovem cuja situação de perigo esteja inserida no âmbito dos CAD, é de extrema importância que sejam utilizados os recursos especializados nesta área, por forma a que as decisões tomadas possam ser o mais adequadas possível à situação.

Para garantir uma decisão sustentada e ponderada, importa analisar e classificar os consumos diagnosticados no Processo referente ao jovem, fazendo corresponder os mesmos aos diferentes níveis de intervenção, disponibilizando posteriormente as respostas mais ajustadas a cada situação.

No sentido de apoiar este processo de decisão, esquematizando os problemas verificados através da avaliação diagnóstica, a intervenção preconizada para cada um dos mesmos e os recursos da saúde especializados em CAD que podem dar resposta às necessidades encontradas, apresenta-se o seguinte algoritmo da Rede de Referência/Articulação no âmbito dos CAD:

**Figura 12 - Algoritmo da Rede de Referência/Articulação no âmbito dos CAD**

	PROBLEMAS	INTERVENÇÃO	CUIDADOS DE SAÚDE
<b>NÍVEL I</b>	Sinais de alarme	Prevenção seletiva e indicada	Cuidados de Saúde Primários:
	Perturbações de comportamento	Deteção precoce	Unidades Funcionais
	Consumo de baixo risco	Intervenção precoce	Cuidados de Saúde Especializados:
	Consumo de risco	Intervenção breve	Centros de Respostas Integradas - Equipa
	Doenças crónicas diversas	Programas de intervenção comunitária	Técnica Especializada nos CAD (Prevenção)
	Consumo nocivo		
	Dependência ligeira		
<b>NÍVEL II</b>		Prevenção indicada	Cuidados de Saúde Especializados:
		Intervenção breve	Centros de Respostas Integradas - Equipas
	Consumo nocivo	Programas de intervenção comunitária	Técnicas Especializadas nos CAD
	Dependência	Tratamento integrado	Unidades de Alcoologia
	Policonsumo	Redução de Riscos e Minimização de Danos	Comunidades Terapêuticas
	Comportamentos de risco	Reinserção	Áreas de Dia / Centros de Dia
	Comorbidade		Equipas / Unidades de Saúde Mental Comunitária
		Equipas de Apoio Intensivo à Cessaçao Tabágica	

<sup>29</sup> Guia de Orientações para Profissionais da Educação na Abordagem de Situações de Maus-Tratos ou Outras Situações de Perigo, in [https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EPIPSE/\\_guias\\_guiia\\_educacao.pdf](https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EPIPSE/_guias_guiia_educacao.pdf)

	PROBLEMAS	INTERVENÇÃO	CUIDADOS DE SAÚDE
<b>NÍVEL III</b>	Dependência grave Policonsumo Comorbilidade física Psicopatologia grave	Tratamento integrado Programa STOP Desintoxicação / Desabilitação Internamento por patologia psiquiátrica Programas de tratamento com opióides Redução de Riscos e Minimização de Danos Reinserção	Cuidados de Saúde Especializados: Centros de Respostas Integradas - Equipas Técnicas Especializadas nos CAD Unidades de Alcoologia Comunidades Terapêuticas Unidades de Desabilitação Cuidados de Saúde Hospitalares: Serviços Locais de Saúde Mental Serviços de Especialidades Médico- Cirúrgicas

Tendo como base este algoritmo, torna-se mais evidente o caminho a escolher para intervir junto do jovem, qual a Medida de Promoção e Proteção que melhor responde às necessidades de proteção diagnosticadas, conseguindo ainda designar as respostas mais indicadas para cada Medida.

## VIII. Recomendações e conclusões

### Enquadramento:

No sentido de elaborar respostas ajustadas às necessidades dos jovens com processos de promoção e de proteção, cuja tipologia de perigo mais evidente incidisse em comportamentos aditivos ou dependência de substâncias lícitas ou ilícitas, realizaram-se reuniões de um grupo de trabalho, designado por “Rede de Referência/Articulação para Crianças e Jovens com CAD e com Processos de Promoção e Proteção”.

Este grupo de trabalho, teve como principais objetivos: construir um desenho de intervenção ajustado às necessidades nesta área, e a criação circuitos de comunicação e avaliação.

Resultantes destas reuniões, e da agregação das experiências/conhecimentos dos vários elementos, concertaram-se recomendações que visam apoiar todos os elementos que integram o sistema de promoção dos direitos e proteção à infância e juventude, designadamente os elementos da área da saúde especializados em CAD, os demais elementos que integram as Entidades com Competências em Matéria de Infância e Juventude (ECMIJ), as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), o Ministério Público (MP) e as Equipas Multidisciplinares de Assessoria Técnica aos Tribunais (ATT).

O conjunto de recomendações que se segue pode constituir uma ferramenta auxiliar nos processos de avaliação, tomada de decisão, acompanhamento e inserção destes jovens.

**AS RECOMENDAÇÕES ESTÃO ORGANIZADAS EM DIFERENTES SECÇÕES, A SABER:**

## **A – Sinalização e avaliação diagnóstica de jovens em perigo com comportamentos aditivos:**

- Em cada ARS I.P./DICAD deverá existir um elemento que seja interlocutor regional com as entidades (CPCJ/ATT), constituindo-se como elemento facilitador para a resolução de eventuais situações que se revistam de maior complexidade e para as quais não tenha sido encontrada resposta após a articulação entre a equipa de intervenção local na área dos CAD e os elementos das CPCJ/ATT (Anexo 8);
- Em cada Centro Distrital de Segurança Social deverá existir um elemento que seja interlocutor distrital para as questões dos CAD e da promoção e proteção, constituindo-se como facilitador para a resolução de eventuais situações que se revistam de maior complexidade e para as quais não tenham sido encontradas respostas após articulação entre a equipa de intervenção local na área dos CAD e os elementos das CPCJ/ATT (Anexo 8);
- As equipas especializadas em CAD consubstanciam-se como aliados-chave na avaliação e implementação dos processos de promoção e proteção (PPP), quando os fatores de risco identificados recaem no âmbito dos CAD, os quais poderão ser adotados pelos jovens, bem como pelos respetivos cuidadores. Desta forma, importa garantir uma articulação célere e ágil entre estas equipas e as CPCJ ou ATT, no que concerne aos recursos disponíveis no âmbito da saúde especificamente na temática CAD, à partilha de informação necessária nos momentos de avaliação diagnóstica, aplicação e acompanhamento/execução da medida protetiva em curso. Estas equipas têm, na sua esfera de intervenção, inúmeras competências, nomeadamente:
  - a. Avaliação/acompanhamento aos jovens com CAD;
  - b. Avaliação/acompanhamento aos cuidadores dos jovens com CAD;
  - c. Apoio às CPCJ ou ATT que acompanham jovens com CAD e que manifestem indisponibilidade em aderir a um eventual encaminhamento e intervenção neste âmbito;
  - d. Apoio às CPCJ ou ATT que acompanham jovens cujos cuidadores adotam CAD e manifestam indisponibilidade em aderir a um eventual encaminhamento e intervenção neste âmbito;
  - e. Apoio às CPCJ ou ATT no encaminhamento de jovens com CAD para a resposta CT;
- As CPCJ ou as ATT que, decorrente da avaliação realizada junto dos jovens em apreço e/ou junto dos respetivos cuidadores (pais/representantes legais ou detentores da guarda de facto), suspeitem ou detenham confirmação que os mesmos adotam CAD com ou sem substâncias psicoativas, deverão referenciar os mesmos às Equipas Especializadas neste âmbito;
- Relativamente ao PPP, a recolha de informações por parte das CPCJ ou das ATT, junto das equipas especializadas em CAD, deve acontecer em dois momentos distintos. Primeiramente, para obtenção de informações que contribuam para a instrução do processo e caracterização da situação de perigo. Caso se

confirme que o jovem se encontra em situação de perigo, as CPCJ ou a ATT, na construção do Acordo de Promoção e Proteção (APP), deverão articular com os profissionais das equipas especializadas, para que este possa ser o mais ajustado possível às necessidades de intervenção diagnosticadas. Neste sentido, e para acautelar esta necessidade, os serviços de saúde especializados na área dos CAD, devem dar resposta aos pedidos de consulta realizados pelas CPCJ ou pela ATT, com a maior brevidade possível, dando-lhe prioridade, no seguimento do disposto na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo;

- Os pedidos dos técnicos pertencentes às CPCJ, realizados junto dos elementos das equipas especializadas em CAD, devem mencionar a identificação da entidade que solicita as informações, bem como o motivo do pedido, dirigindo-o ao Responsável/Diretor Clínico da Unidade em questão, e anexando os documentos de consentimento dos cuidadores do jovem (pais/representantes legais ou detentores da guarda de facto) e a não oposição destes. As informações enviadas pelos elementos das referidas equipas devem caracterizar genericamente a situação do jovem. Caso o processo de promoção e proteção corra num Tribunal com competência em matéria de Família e Menores, os pedidos de informações elaborados por parte das ATT devem indicar o número do processo, juízo e tribunal, podendo ainda ser anexado o despacho judicial com o pedido.
- No caso de existir necessidade de obtenção de informações mais detalhadas, ou sempre que a situação se revista de maior complexidade, deverá existir uma articulação direta entre os elementos das equipas locais especializadas em CAD e os elementos gestores do processo do jovem (CPCJ ou ATT);
- Caso o jovem já beneficie de acompanhamento nas especialidades Psicologia e/ou Pedopsiquiatria, sugere-se ainda que a equipa proponente (CPCJ ou ATT), promova articulação junto dos respetivos técnicos, com o objetivo de, em conjunto, avaliarem se o eventual encaminhamento do mesmo para consulta na especialidade CAD, se constitui como um benefício para a intervenção, e conseqüentemente, para a evolução clínica do jovem. Caso se avalie como benéfico o respetivo encaminhamento, o técnico que acompanha o jovem nas especialidades Psicologia e/ou Pedopsiquiatria, em articulação com os elementos das CPCJ ou das ATT, deverá disponibilizar à equipa especializada em CAD que irá acolhê-lo, relatório/informação clínica que espelhe a avaliação do apoio realizado até ao momento, e que considere ser do conhecimento da mesma para a necessária intervenção a desenvolver neste âmbito. Se se avaliar pela não duplicação de intervenções, a equipa especializada em CAD deverá articular com o técnico que acompanha o jovem, no sentido de o apoiar na gestão da situação relacionada com a problemática em apreço, complementando o acompanhamento já iniciado e em curso. Decorrente desta avaliação, poderão surgir duas alternativas de resposta para que o jovem recupere a sua saúde face ao CAD adotados, designadamente, o respetivo acompanhamento em regime ambulatorio (medida protetiva em meio natural de vida), ou a sua integração em resposta específica de acolhimento, nomeadamente, Comunidade Terapêutica (CT).

## B – Acompanhamento e tratamento

### A. Ambulatório

- Poderão existir situações em que, por via da avaliação realizada por parte das equipas especializadas em CAD, em articulação com os técnicos das CPCJ ou das ATT, as mesmas consideram que os jovens, e respetivos cuidadores, com registo de comportamentos aditivos, poderão recuperar a sua saúde neste âmbito, através de um plano de intervenção terapêutico em regime ambulatório. Nesta tipologia de resposta, o programa terapêutico a desenvolver junto dos jovens, ficará a cargo das equipas especializadas em CAD da área de residência dos mesmos, em consultas especializadas e em estreita articulação com os técnicos gestores do processo de promoção e proteção (CPCJ ou das ATT), com o objetivo de se ir avaliando a prossecução da intervenção.
- As consultas destinadas a jovens com comportamentos aditivos ou dependências deverão ser realizadas em espaços diferenciados das restantes consultas, e adequadas às necessidades dos mesmos (consultas descentralizadas), por forma a respeitar as necessidades desta faixa etária e salvaguardar o seu superior interesse;
- Nas situações em que o jovem não apresente motivação para aderir à Consulta de Jovens, sugere-se que a mesma se realize com os respetivos cuidadores (pais/representantes legais ou detentores da guarda de facto ou elementos das casas de acolhimento ou família de acolhimento), e com a colaboração da equipa proponente (CPCJ ou ATT), a fim de se refletir/trabalhar junto dos próprios, estratégias de intervenção a implementar no contexto familiar, na casa de acolhimento, ou na família de acolhimento, necessárias à gestão adequada da situação e à promoção da motivação do jovem. Caso esta não adesão/desmotivação em relação ao encaminhamento do jovem para consultas CAD, provenha dos respetivos cuidadores, as equipas CPCJ ou das ATT, deverão solicitar o apoio das equipas locais especializadas nesta temática, com o objetivo de apreenderem possíveis estratégias de intervenção fundamentais à promoção do envolvimento e posterior colaboração dos mesmos;
- Os técnicos de saúde em CAD, que acompanham os jovens nas consultas, devem articular de forma regular e próxima com as CPCJ ou ATT, nomeadamente em relação a novos factos relevantes que interfiram com o desenvolvimento do mesmo;
- Importa, para adesão e sucesso do acompanhamento em ambulatório dos jovens com comportamentos aditivos, a participação e envolvimento regular das famílias ao longo de todo o processo, nomeadamente na participação de algumas consultas. A intervenção deve pautar-se por uma atitude sincera, disponibilidade e interesse em compreender o outro, por oposição a uma atitude de culpabilização e julgamento, já que é esse o ponto de partida para qualquer intervenção que tenha em vista uma efetiva mudança. Salienta-se a necessidade de conhecer as problemáticas essenciais identificadas pela família na situação do jovem, pois muitas vezes não são coincidentes com as que os técnicos identificam como prioritárias. Deste modo,

devemos priorizar e orientar a intervenção para que faça sentido e seja significativa quer para o jovem quer para a sua família, com foco não só nos sintomas (comportamento aditivo) mas também nos fatores que contribuem para o comportamento aditivo. A intervenção de capacitação junto da família deve ser contruída de forma integrada pelas equipas intervenientes da área da saúde e do sistema de promoção e proteção.

#### B. Comunidade Terapêutica (CT)

- Em virtude da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo contemplar a possibilidade, desde que devidamente avaliada, de serem aplicadas Medidas de Promoção e Proteção de Acolhimento Residencial, com execução em estruturas residenciais para tratamento no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências, as equipas CPCJ ou das ATT terão como recurso disponível, as CT com programa específico para crianças e jovens. Este programa deverá disponibilizar intervenções combinadas e ajustadas às especificidades inerentes a esta faixa etária, bem como à eventualidade da coexistência de comorbilidade psiquiátrica. No que concerne ao limite mínimo de idade para entrada neste programa, deverá ser definido os 14 anos e como limite máximo, os 18 anos, conforme legalmente imposto;
- No que respeita à integração no acolhimento, a medida de acolhimento residencial é planeada ou, nas situações de emergência, urgente. A integração planeada pressupõe a preparação da integração na CT, mediante troca de informação relevante entre a entidade que aplica a medida, a entidade responsável pela gestão do PPP e a instituição responsável pelo acolhimento, tendo em vista a melhor proteção e promoção dos direitos do jovem a acolher;
- Uma integração planeada pressupõe que o jovem e respetivos cuidadores sejam concordantes com a medida protetiva aplicada de Acolhimento Residencial em CT, sendo que, para o efeito, o mesmo já terá sido avaliado em sede ambulatório por parte das equipas especializadas em CAD da sua área de residência. A informação proveniente desta avaliação, deverá ser disponibilizada à equipa de profissionais da CT selecionada e com vaga para acolher o jovem, em conjunto com a informação psicossocial elaborada pelas equipas CPCJ ou pelas ATT. É desejável que numa intervenção planeada, possa haver uma entrevista prévia entre o jovem e respetivos cuidadores com os profissionais da CT designada para o efeito, contando ainda com a colaboração dos elementos da CPCJ ou da ATT;
- Sempre que o jovem tenha de ser acolhido com carácter de urgência, e a avaliação por parte de equipas especializadas em CAD não tenha sido concretizada, o mesmo deverá ser avaliado por profissionais das equipas especializadas da CT onde o mesmo está acolhido. Nesta situação em concreto, deverá ficar espelhado no PPP do jovem, informações relativas às diligências que as CPCJ ou as ATT efetivaram, no sentido de tentar, que o mesmo fosse avaliado em sede ambulatório por parte das equipas especializadas em CAD da sua área de residência, previamente à sua integração em CT;
- Na medida em que a maioria das respostas de tratamento residencial na área dos CAD é disponibilizada por entidades privadas convencionadas com o Estado, e que as vagas disponíveis para integração nos diferentes



programas existentes nas CT, nomeadamente para o programa específico para crianças e jovens, é feita através de uma gestão própria, deve este aspeto ser tido em consideração aquando do pedido de acolhimento;

- O número 2 da Cláusula III dos Contratos de Convenção estabelecidos entre o Estado, através do SICAD, e as entidades detentoras de Comunidade Terapêutica, determina que das camas em regime residencial objeto do Contrato de Convenção, 10% das mesmas deverão ser destinadas a cidadãos com CAD que se encontrem em cumprimento de medidas tutelares, de penas substitutivas de penas de prisão, bem como em internamento imposto em processo penal, de liberdade condicional ou de outras medidas flexibilizadoras da pena de prisão. No caso das Comunidades Terapêuticas com Programa Específico para Crianças e Jovens, nos 10% de camas mencionadas deverão ser integrados jovens com Processo Judicial de Promoção e Proteção, ou seja, a correr termos nos TFM, bem como jovens com Processos a correr termos em CPCJ;
- A Medida de Promoção e Proteção executada em CT, deverá manter-se pelo tempo estritamente necessário à recuperação física e psicológica do jovem acolhido, afastando-o do perigo em que se encontra, promovendo a sua segurança, saúde e formação;
- Pese embora os diplomas legais enquadradores do financiamento a atribuir às entidades privadas detentoras de CT com Contratos de Convenção, limitarem esse financiamento a 18 meses (12 meses + 6 meses de prorrogação), recomenda-se que, nas situações em que exista necessidade de prolongar a integração do jovem em CT, e desde que devidamente justificado pela entidade detentora do PPP, tal prolongamento possa ser permitido em regime de excecionalidade;
- Decorrente do modelo que tem vindo a ser adotado em outras áreas da saúde e que preconiza a especialização das respostas consoante os ciclos de vida e fases do desenvolvimento, recomenda-se que a integração dos jovens em CT possa ocorrer, preferencialmente, em unidades que disponham de um maior número de camas convencionadas no programa específico para crianças e jovens.
- Sempre que for aplicada uma Medida de Promoção e Proteção de Acolhimento Residencial, a ser executada em CT, perante novos factos relevantes que ocorram dentro da Comunidade e que interfiram com o desenvolvimento do jovem ou com o seu projeto de vida, a equipa técnica desta unidade de tratamento deverá, com a maior brevidade possível, prestar as informações sobre a situação ocorrida, à CPCJ ou à ATT, consoante a entidade detentora do PPP a favor do jovem. Este pressuposto permitirá ajustar a intervenção protetiva e, caso se justifique, reformular o plano de intervenção;
- O regulamento interno das CT deve conter, não só as especificidades inerentes às Medidas de Promoção e Proteção, como também os direitos dos jovens em situação de acolhimento residencial, contemplando ainda o direito das mesmas em contactar em condições de privacidade, o elemento gestor do processo de promoção e proteção, seja este pedido solicitado pelo jovem ou pelo gestor do processo;
- No que concerne aos financiamentos que possam ser atribuídos às CT, por parte dos Centros Distritais de Segurança Social, Casa Pia de Lisboa e Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, compete a cada uma das áreas

setoriais envolvidas a emissão de orientações técnicas, para uniformizar procedimentos no sentido de não haver disparidades no financiamento às CT;

- A existência de Livro de Reclamações na Comunidade Terapêutica deverá ser divulgada ao jovem acolhido, aos seus pais/representante legal/detentores da guarda de facto. Caso seja registada uma reclamação no referido livro, a Comunidade Terapêutica, para além de enviar a mesma para a entidade competente, deverá dar conhecimento desta ao elemento da CPCJ ou da ATT, responsável pelo acompanhamento do processo de promoção e proteção;
- Enquanto o jovem se mantiver acolhido na CT deverá ser assegurado que este recebe o dinheiro de bolso, desde que este pressuposto não colida com o seu superior interesse, devendo este dinheiro ser entendido como ferramenta terapêutica, estando subjacente a necessidade de preparar o jovem para a sua autonomia e processo de reinserção. No entanto a gestão da bolsa pode ser feita de forma mais ou menos autónoma pelo jovem, devendo ser avaliada pela equipa técnica da CT, com envolvimento do próprio, de acordo com a fase de integração/tratamento e da sua capacidade de autonomia. A bolsa visa a aquisição de produtos pessoais (higiene, roupa e outros), que cumpre suprir necessidades básicas do mesmo e por esse motivo não pode ser cessada enquanto se mantiver a sua integração em comunidade terapêutica. Aquando da saída do jovem da CT, todo o dinheiro que tenha sido eventualmente poupado, deverá ser entregue ao mesmo ou aos seus representantes legais;
- As respostas educativas/formativas para os jovens que se encontrem em acolhimento residencial em CT, deverão ser garantidas e ajustadas à fase do processo terapêutico em que os mesmos se encontram. Caso se considere que a frequência escolar do jovem em estabelecimento de ensino exterior à CT, possa ter eventuais contraindicações para a recuperação do mesmo, esta resposta de acolhimento deverá contemplar acesso ao ensino à distância, para que desta forma, não se comprometa o percurso de aprendizagem do respetivo jovem.

## C – Saída/Reinserção

- Nas situações em que os jovens realizem tratamento em ambulatório, e por forma a prevenir as situações de recaída, recomenda-se que exista, desde o início do acompanhamento terapêutico, um envolvimento dos elementos da rede social e de saúde, nomeadamente dos técnicos das equipas de prevenção e de reinserção, no sentido de preparação da reintegração comunitária e/ou social do mesmo. A implicação destes elementos significativos para a integração do jovem, deverá constar das ações vertidas no APP;
- Nas situações em que o jovem se encontre integrado em CT, a fase de saída do mesmo deverá estar contemplada no Plano de Intervenção desde o momento da sua entrada. Desta forma, o Plano de Intervenção, deverá incluir desde logo, ações que promovam o apoio a preconizar junto do jovem e/ou cuidadores no sentido da sua inserção nos domínios familiar, escolar, saúde, social e comunitário;

- Caso seja necessário que o jovem reintegre uma nova resposta de acolhimento, esta nova admissão deverá ser cuidadosamente preparada com a participação ativa dos agentes socioeducativos envolvidos, nomeadamente, elementos das CPCJ ou da ATT, bem como as equipas da CT, da nova resposta de acolhimento, e das equipas especializadas em CAD. O envolvimento e articulação destas equipas, permitirá que, em conjunto, se definam estratégias de intervenção concertadas, a implementar após a saída da resposta CT, em conformidade com o perfil de necessidades dos jovens e/ou respetivos cuidadores à data;
- Recomenda-se que possam ser criadas respostas residenciais de transição (apartamentos de transição), implementados em meio natural de vida, que permitam a continuidade da intervenção terapêutica, a consolidação do tratamento dos CAD e a transição mais segura e autónoma para a vida comunitária e/ou familiar;
- O processo de preparação da reinserção dos jovens, ou dos respetivos cuidadores, deverá contar com a participação e envolvimento dos próprios, tal como deverá acontecer, em todas as fases da sua recuperação terapêutica, seja em contexto ambulatorio, seja em resposta de acolhimento em CT;
- Aquando da saída de um jovem da comunidade terapêutica, deverão ser salvaguardados os seguintes aspetos:
  - a. referenciação para a equipa de acompanhamento em ambulatorio da área de residência do jovem ou equipa de saúde mental, com agendamento de consulta em tempo útil;
  - b. ocupação educativa ou técnico profissional do jovem no seu contexto residencial;
  - c. no caso de regresso para contexto familiar, a preparação da família para a reintegração familiar do jovem, ativando previamente um acompanhamento próximo por parte de uma equipa especializada (CAFAP, consultas de terapia familiar dos CRI, grupos psicopedagógicos para pais dos CRI, intervenção familiar disponibilizadas nos CRI) e/ou outras entidades de primeira linha do sistema de promoção e proteção;
  - d. ativação de outros recursos protetores na comunidade, de prevenção da recaída (exemplo: integração em grupos terapêuticos, integração de prática desportiva, etc);
  - e. Durante a última fase do internamento, a CT deverá iniciar um processo de aproximação do jovem às equipas especializadas em CAD da zona de residência, para acolhimento e acompanhamento do jovem após a alta.
- Mesmo após o término do programa terapêutico previsto em CT, deverão os jovens manter-se no sistema de promoção e proteção com medida protetiva adequada à situação em apreço à data, a fim de se apoiar/avaliar esta fase de transição, ativando-se os recursos necessários ao sucesso da mesma, evitando-se desta forma, eventuais processos de recaída.

## D. Planos de intervenção

- Após avaliação, e sempre que seja deliberada pela entidade detentora do PPP, a aplicação de Medida protetiva a executar em meio natural de vida ou em regime de colocação, o APP subjacente à mesma, deverá ser construído com os contributos dos elementos que irão intervir diretamente com o jovem, incluindo o próprio e a sua família, os técnicos das equipas especializadas em CAD, o gestor do processo e quaisquer outros intervenientes que se considerem importantes. Pretende-se garantir que fique vertido no APP, o conjunto de ações adequadas à supressão dos fatores de perigo aferidos na avaliação diagnóstica, bem como nos momentos avaliativos subsequentes;
- No APP estabelecido pelas CPCJ ou TFM, deverão constar por escrito todas as necessidades de intervenção verificadas no contexto do jovem, devendo ainda explicitar todas as entidades que serão implicadas nos domínios da saúde, da educação e da vertente social, bem como todos os compromissos assumidos pelo jovem e seus cuidadores. No APP relativo às medidas de colocação, deverá ainda constar o montante da prestação correspondente aos gastos com o sustento, educação e saúde do jovem e a identificação dos responsáveis pelo pagamento (ex. familiares, Ministério da Saúde, ISS IP, etc);
- Ainda no âmbito do APP e considerando que o mesmo será um instrumento crucial para a recuperação do jovem, bem como para o “desenho” do seu projeto de vida, deverão constar ações que visem contribuir para a construção dos demais planos que possam ser elaborados pelas equipas especializadas em CAD que acompanhem o mesmo;
- Durante o período em que o jovem se mantiver integrado em CT, ao abrigo de Medida de Promoção e Proteção, e pese embora o direito que assiste ao jovem de receber visitas dos seus cuidadores, estes contactos e a sua operacionalização deverão ter em consideração a fase do processo terapêutico em que o jovem se encontra, ajustando-se no decurso da sua progressão no tratamento;
- Enquanto vigorar a Medida, o regime de visitas ou saídas do jovem da CT, deverá ser previamente acautelado pela entidade detentora do processo de promoção e proteção e expresso no APP. O regime de visitas e suas eventuais alterações, deverá ser delineado entre a entidade detentora do PPP e a equipa técnica da CT, antes ser inscrito no Acordo de Promoção e Proteção, por forma a contemplar a relação do jovem com a família/elementos significativos e o seu processo terapêutico;
- Por forma a potenciar a intervenção realizada junto dos jovens acolhidos em CT, promovendo a recuperação da saúde dos mesmos face aos CAD, deverá ser fomentada a participação e envolvimento dos cuidadores e/ou pessoas significativas no processo terapêutico deste, desde que não haja decisão tomada em sentido contrário por parte da entidade titular do PPP. Caso seja avaliado pelas equipas que os contactos com os cuidadores ou com pessoas significativas são promotores da desorganização e conseqüente não adesão ao tratamento, essa informação deverá ser comunicada ao elemento gestor do Processo, solicitando a suspensão temporária dos contactos, com a devida fundamentação;

- Nos casos em que o jovem abandone a CT sem autorização das entidades que aplicaram a Medida de Acolhimento Residencial, a equipa técnica da Comunidade deverá, de imediato, participar o seu desaparecimento às forças de segurança e em ato contínuo, dar conhecimento da ocorrência aos elementos que acompanham a execução da medida protetiva, bem como aos cuidadores do mesmo, mencionando todas as informações relevantes sobre o seu eventual paradeiro e motivos que desencadearam a fuga;
- A expulsão do jovem com medida protetiva de colação em CT não é permitida, em circunstância alguma, tendo em conta o enquadramento da Lei de promoção e proteção de crianças e jovens em perigo. Caso a equipa técnica da CT considere que a integração em CT não está a cumprir o seu propósito na contenção dos comportamentos aditivos e reabilitação terapêutica do jovem, deverá articular com técnico gestor de processo e propor, de forma fundamentada, a alteração da medida protetiva, ou os termos em que a mesma é executada. A saída do jovem só poderá ocorrer após validação judicial ou consentimento da CPCJ;
- Na medida em que a gestão de vagas das CT é feita de forma própria, e tendo em consideração o mecanismo de participação destas, no caso de fuga prolongada por parte do jovem acolhido, a vaga não deverá ficar cativa por tempo indeterminado;
- Em casos devidamente fundamentados e em situações excecionais, poderá a CT onde o jovem está acolhido, propor à entidade detentora do PPP, que possa haver alteração de local de execução da medida, nomeadamente quando se reúne evidência de que o programa terapêutico e/ou dinâmica da CT não se adequa às necessidades atuais do jovem.

## E. Formação

- Para os elementos que se constituem como interventores no Sistema de Promoção dos Direitos e Proteção à Infância e Juventude, nomeadamente os que integram as equipas especializadas em CAD e dos que pertencem às CPCJ ou ATT, deverão ter ao seu dispor, planos de formação contínua e especializada nesta área, por forma a manter atualizados os seus conhecimentos e ampliar a sua ação.

# Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA) (2013): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5).
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*.
- Deegan, P. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*
- EMCDDA (2011). “European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals. Luxembourg: Publications Office of the European Union. EMCDDA Manuals No 7.
- Guia de Orientações para Profissionais da Educação na Abordagem de Situações de Maus-Tratos ou Outras Situações de Perigo, in [https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EPIPSE/\\_guias\\_guiia\\_educacao.pdf](https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EPIPSE/_guias_guiia_educacao.pdf), acessado em 21 de dezembro de 2020.
- Kröger, C.; Winter, H. & Shaw, R. (1998). Guía para la Evaluación de las Intervenciones Preventivas en el ámbito de las Drogodependencias: Manual para Responsables de Planificación y Evaluación de Programas. Munich: EMCCDA/OEDT.
- Lei n.º 147/99, de 01 de setembro (revogada pelas Leis n.º 31/2003, de 22 de agosto; n.º 142/2015, de 08 de setembro; n.º 23/2017, de 23 de maio; e n.º 26/2018, de 05 de julho).
- Linhas Gerais de Orientação à Intervenção Preventiva nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, SICAD (2013)
- Linhas de Orientação Técnica para a Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências sem Substância, SICAD (2018)
- Linhas orientadoras para a mediação social e comunitária no âmbito da reinserção de pessoas com comportamentos aditivos e dependências, SICAD (2014)
- Maia C et al. – Consumo de substâncias no adolescente, *Ata Pediatr Port* (2010).
- Manual de Boas Práticas em Reinserção (1º Caderno), SICAD (2007)
- Oliveira M. 2005, Entrevista psicológica - O caminho para aceder ao outro.

Orientação técnica para a intervenção em redução de riscos e minimização de danos: competências dos interventores (SICAD, 2016).

Rede de Referência / Articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências (SICAD, 2013).  
SICAD (2013). Linhas Gerais de Orientação à Intervenção Preventiva nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

Site da Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens:  
<https://www.cnpdpj.gov.pt/inicio>, acessado a 12 de dezembro de 2022.

Site da Segurança Social: <https://www.seg-social.pt/inicio>, acessado a 12 de dezembro de 2022.

UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2013 e 2018). “International Standards on Drug Use Prevention”.

WHO (2018) Addictive behaviours: Gaming disorder, disponível em <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/addictive-behaviours-gaming-disorder>, acessado em 18 de dezembro de 2020.

# Lista de siglas e abreviaturas

<b>SIGLA</b>	<b>Designação</b>
<b>ARS, I.P.</b>	Administração Regional de Saúde, I.P.
<b>ATT</b>	Equipas Multidisciplinares de Assessoria Técnica aos Tribunais
<b>CAD</b>	Comportamentos Aditivos e Dependências
<b>CPL, I.P.</b>	Casa Pia de Lisboa, I.P.
<b>CRI</b>	Centro de Respostas Integradas
<b>DICAD</b>	Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
<b>SICAD</b>	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
<b>SPPIJ</b>	Sistema de Promoção e Proteção à Infância e Juventude
<b>ISS, I.P.</b>	Instituto de Segurança Social, I.P.
<b>CPCJ</b>	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
<b>LPCJP</b>	Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo
<b>CA</b>	Casas de Acolhimento
<b>ET</b>	Equipa de Tratamento
<b>CT</b>	Comunidades Terapêuticas
<b>MPP</b>	Medidas de Promoção e Proteção
<b>MIR</b>	Modelo de Intervenção em Reinserção
<b>APP</b>	Acordos de Promoção e Proteção
<b>ECMIJ</b>	Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude
<b>ETET</b>	Equipas Técnicas Especializadas em Tratamento
<b>ETEP</b>	Equipas Técnicas Especializadas em Prevenção
<b>EP</b>	Equipas de Prevenção
<b>ETER</b>	Equipas Técnicas Especializadas em Reinserção
<b>ETERRMD</b>	Equipas Técnicas Especializadas em Redução de Riscos e Minimização de Danos
<b>OEDT</b>	Observatório Europeu das Drogas e da Toxicodependência
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>IPDJ</b>	Instituto Português do Desporto e da Juventude
<b>PPP</b>	Processo de Promoção e Proteção
<b>APP</b>	Acordo de Promoção e Proteção
<b>SPA</b>	Substâncias Psicoativas



# X. Recursos para consulta/consultas especializadas para a atendimento a jovens

## DICAD ARS NORTE

DICAD	Equipas de Prevenção	Consultas Especializadas para Atendimento a Jovens
<b>COORDENAÇÃO</b>	Rua da Constituição N. 195, 2.º e 4º andar 4200-188 Porto Tel.:22 04 11668 <a href="mailto:dicad@arsnorte.min-saude.pt">dicad@arsnorte.min-saude.pt</a>	
<b>CRI BRAGA</b>	Rua Bernardo Sequeira, nº 516, R/C S. Vitor 4715-010 Braga Tel.: 253 008 710 Seg. a Sexta: 9h-13h30 14h30-17h <a href="mailto:cri.braga@arsnorte.min-saude.pt">cri.braga@arsnorte.min-saude.pt</a>	<b>ET Braga /Consulta de Jovens</b> Rua Conselheiro Januário, nº157- 4710 - 373 Braga Tel.: 253 008 690 <a href="mailto:et.braga@arsnorte.min-saude.pt">et.braga@arsnorte.min-saude.pt</a> <u>Horário de Atendimento:</u> Segunda-feira e Quinta-feira: 9h00-13h30; 14h30-18h00 Terça-feira: 9h00-11h30, 14h30-18h00 Quarta-feira: 9h00-13h30, 14h30-19h00 Sexta-feira: 9h00-13h30, 14h30-17h30 <u>Valências:</u> Avaliação e Acompanhamento/Psicoterapia Individual (jovens e envolventes): Consulta Psicológica e Consulta Psiquiátrica  <b>ET Guimarães /Consulta de Jovens</b> Rua Joaquim de Meira, n259-4810-273 Guimarães Tel.: 253 008 510 <a href="mailto:et.guimarães@arsnorte.min-saude.pt">et.guimarães@arsnorte.min-saude.pt</a> <u>Horário de Atendimento:</u> Segunda-feira: 9h00-10h30; 12h00-13h30; 14h30-18h00 Terça-feira e quinta-feira: 9h00-13h30; 14h30-18h00 Quarta-feira: 9h00-13h30; 14h30-19h00 Sexta-feira: 9h00-13h30; 14h30-17h30 <u>Valências:</u> Avaliação e Acompanhamento/Psicoterapia Individual (jovens e envolventes): Consulta Psicológica e Consulta Psiquiátrica

DICAD	Equipas de Prevenção	Consultas Especializadas para Atendimento a Jovens
<b>CRI BRAGANÇA</b>	R. Alexandre Herculano, 205 5300- 075 Bragança Tel.: 273001050 cri.braganca@arsnorte.min-saude.pt	<b>Espaço Cuida-te - Gabinete de Saúde IPDJ/ARS Norte IP - Bragança</b> Rua Oróbio de Castro. 5300-220, Bragança <u>Horário de Atendimento:</u> Quarta-feira e Sexta-feira: 13:30h - 16:30h <u>Valências:</u> Avaliação e Acompanhamento/Psicoterapia Individual (jovens e envolventes): Consulta Psicológica e Consulta Pedopsiquiatria Consulta de enfermagem
<b>CRI PORTO CENTRAL</b>	R. Alvares Cabral, 328 trás, 4050-040 Porto Tel. 220 045 010 cri.portocentral@arsnorte.min-saude.pt	<b>Fórum Cidadania e Juventude de Vila Nova de Gaia</b> Rua Marquês de Sá da Bandeira n.º 571 – 583, 4400 Vila Nova de Gaia Tel.: 22 3741150  <u>Horário de Atendimento:</u> Segunda-feira, Quarta-feira e Sexta-feira: 9h - 18h Terça-feira: 9h às 14h00 <u>Valências:</u> Avaliação e Acompanhamento/Psicoterapia Individual (jovens e envolventes): Consulta Psicológica e Consulta Pedopsiquiátrica Intervenção Familiar/ Terapia Familiar  <b>Consulta de Jovens de Santa Maria da Feira</b> Rua Jornal Correio da Feira, n. 18. 4520-234 Santa Maria da Feira Tel.: 256 005 720  <u>Horário de Atendimento:</u> Quarta-feira: 9h- 18h; Quinta-feira: 9h- 16h; <u>Valências:</u> Avaliação e Acompanhamento/Psicoterapia Individual (jovens e envolventes): Consulta Psicológica e Consulta Psiquiátrica
<b>CRI PORTO ORIENTAL</b>	Praça D. Amélia S/n.º 4300- 075 Porto Tel.: 220 028 440 cri.portooriental@arsnorte.min-saude.pt	<b>ET Gondomar/Consulta de Jovens</b> Rua Caminho de Pevidal s/nº R/Ch. 4420-264 Gondomar Tel.: 220 045 030  <u>Horário de Atendimento:</u> Terça-feira: 9h – 18h; Sexta-feira: 9h – 16h <u>Valências:</u> Avaliação e Acompanhamento/Psicoterapia Individual (jovens e envolventes): Consulta Psicológica e Consulta Psiquiátrica

DICAD	Equipas de Prevenção	Consultas Especializadas para Atendimento a Jovens
CRI PORTO CENTRAL, PORTO ORIENTAL E PORTO OCIDENTAL		<p><b>Espaço Cuida-te - Gabinete de Saúde IPDJ/ARS Norte IP - Porto</b> Rua Rodrigues Lobo, 98 4150-638 Porto Tel.:22 608 57 00</p> <p><u>Horário de Atendimento:</u> Segunda-feira: 9h-15h Terça-feira: 9h-13h Quarta-feira: 09h-13h e 14.30h-18h Quinta-feira: 9h-13h e 14.30h-19:30h</p> <p><u>Valências:</u> Avaliação e Acompanhamento/Psicoterapia Individual (jovens e envolventes): Consulta Psicológica Intervenção Familiar/ Terapia Familiar</p>
PIAC		<p><b>Programa Integrado de Apoio à Comunidade (Distrito do Porto)</b> Rua Alfredo Cunha, 367. 4450-024 Matosinhos Tel.: 220 045 090 drn.piac@arsnorte.min-saude.pt</p> <p><u>Horário de Atendimento:</u> Segunda a Sexta-feira: 8h - 20h Área Geográfica de Atendimento: Território dos três CRI do Porto (Distrito do Porto) Âmbito de Atendimento: dos 4 aos 26 anos e seus envolventes</p> <p><u>Valências:</u> Avaliação e Acompanhamento/Psicoterapia Individual (jovens e envolventes): Consulta Psicológica; Consulta Pedopsiquiátrica e Consulta Psiquiátrica Intervenção Familiar/ Terapia Familiar Programa de Desenvolvimento de Competências Parentais e de Intervenção na Parentalidade Perícias Psicológicas Forenses Mediação Familiar</p>
CRI V. CASTELO	<p>Av.ª Capitão Gaspar de Castro - Ed. CTT Praça do Alto Minho, 1.º andar 4900-998 Viana do Castelo Tel.: 258 009 214 cri.vianacastelo@arsnorte.min-saude.pt</p>	<p><b>ET Viana do Castelo /Consulta de Jovens</b> Av.ª Capitão Gaspar de Castro - Ed. CTT Praça do Alto Minho, 1.º andar 4900-998 Viana do Castelo Tel.: 258 009 214</p> <p><u>Horário de Atendimento:</u> Terça-feira e Quinta-feira: 9h30-16h</p> <p><u>Valências:</u> Avaliação e Acompanhamento/Psicoterapia Individual (jovens e envolventes): Consulta Psicológica e Consulta Psiquiátrica; Programa de Desenvolvimento de Competências Pessoais e Sociais Consulta de Enfermagem</p>

DICAD	Equipas de Prevenção	Consultas Especializadas para Atendimento a Jovens
<p><b>CRI V. REAL</b></p>	<p>R. Miguel Torga, 12/F-3.º D.to. 5000-525 Vila Real Tel.: 259001100  cri.vilareal@arsnorte.min- saude.pt</p>	<p><b>Gabinete de Saúde IPDJ/ARS Norte IP - Vila real</b> R. Dr. Manuel Cardona 5000-558 Vila Real Tel.: 259 309 640</p> <p><u>Horário de Atendimento:</u> Quarta-feira: 09h-13h e 14h -17h; Terça-feira: 16h-18h</p> <p><u>Valências:</u> Avaliação e Acompanhamento/Psicoterapia Individual (jovens e envolventes): Consulta Psicológica; Consulta Pedopsiquiátrica e Consulta Psiquiátrica;</p> <p><b>ET Chaves /Consulta de Jovens</b> Avenida Heróis de Chaves nº 19 - 5400-302 Chaves Tel.: 276 00 90 90</p> <p><u>Horário de Atendimento:</u> Sem horário predefinido</p> <p><u>Valências:</u> Avaliação e Acompanhamento/Psicoterapia Individual (jovens e envolventes): Consulta Psicológica; Consulta Pedopsiquiátrica e Consulta Psiquiátrica;</p> <p>ET Lamego /Consulta de Jovens Avenida das Acácias (antigo Dispensário) s/n – 5100–070 Lamego Tel.: 254 88 20 19</p> <p><u>Horário de Atendimento:</u> Sem horário predefinido</p> <p><u>Valências:</u> Avaliação e Acompanhamento/Psicoterapia Individual (jovens e envolventes): Consulta Psicológica; Consulta Pedopsiquiátrica e Consulta Psiquiátrica;</p>

## DICAD ARS CENTRO

DICAD	Equipas de Prevenção	Consultas Especializadas para Atendimento a Jovens
<b>CRI AVEIRO</b>	R. Conselheiro Luís Magalhães, N.º 32, 3800 – 137 Aveiro Telef:234 004 406 <a href="mailto:cri.aveiro@arscentro.min-saude.pt">cri.aveiro@arscentro.min-saude.pt</a>	<b>Consulta para Jovens e Famílias</b> R. Conselheiro Luís Magalhães, N.º 32. 3800 – 137 Aveiro Telef:234004406 <a href="mailto:CMConceicao@arscentro.min-saude.pt">CMConceicao@arscentro.min-saude.pt</a>
<b>CRI CASTELO BRANCO</b>	Rua Frederico Ulrich, nº 47 6000 - 223 Castelo Branco Telef:272 001 050 <a href="mailto:cri.cbranco@arscentro.min-saude.pt">cri.cbranco@arscentro.min-saude.pt</a>	<b>Consulta para Jovens e Famílias:</b> Rua Frederico Ulrich, nº 47, 6000 - 223 Castelo Branco Telef:272001050 <a href="mailto:jndavide@arscentro.min-saude.pt">jndavide@arscentro.min-saude.pt</a> Avenida 25 de Abril, 6200 - 034 Covilhã Telef:275002100 <a href="mailto:cri.cbranco@arscentro.min-saude.pt">cri.cbranco@arscentro.min-saude.pt</a>
<b>CRI DE COIMBRA</b>	R. Pinheiro Chagas nº88 3000-333 Coimbra Telef: 239008840 <a href="mailto:cri.coimbra@arscentro.min-saude.pt">cri.coimbra@arscentro.min-saude.pt</a>	<b>Consulta de Jovens (GAPSICCO)</b> R. Pinheiro Chagas nº 88. 3000-333 Coimbra Telef:239008840 <a href="mailto:JRSilva@arscentro.min-saude.pt">JRSilva@arscentro.min-saude.pt</a>  Rua Dr. Calado, nº 2. 3080-153 Figueira da Foz Telef:233002080 <a href="mailto:et.ffoz@arscentro.min-saude.pt">et.ffoz@arscentro.min-saude.pt</a>
<b>CRI GUARDA</b>	Praça Luís de Camões, nº 1, 6300 - 725 Guarda Telef:271 001 100 <a href="mailto:cri.guarda@arscentro.min-saude.pt">cri.guarda@arscentro.min-saude.pt</a>	<b>Consulta para Jovens e Famílias</b> Praça Luís de Camões, nº 16, 6300 - 725 Guarda Telef:271001100 <a href="mailto:rjcorreia@arscentro.min-saude.pt">rjcorreia@arscentro.min-saude.pt</a>
<b>CRI LEIRA</b>	Rua Dr. Manuel Magalhães Pessoa, nº 1 1º esq. 2410 - 131 Leiria Telef:244 008 787 <a href="mailto:cri.leiria@arscentro.min-saude.pt">cri.leiria@arscentro.min-saude.pt</a>	<b>Consulta para Jovens e Famílias</b> Rua Dr. Manuel Magalhães Pessoa, nº 1 r/c esq. 2410 - 131 Leiria Telef:244008780 <a href="mailto:cmbarroso@arscentro.min-saude.pt">cmbarroso@arscentro.min-saude.pt</a>  Rua Eng. Arala Pinto. 2430 - 069 Marinha Grande Telef:244008800  Urb. Alberto Santiago, Lote 9 - R. Paul Harris, n.º 11 r/c esq. 3100 - 565 Pombal Telef:236002090
<b>CRI DE VISEU</b>	Rua Serpa Pinto, nº 124, 3500 - 220 Viseu Telef:232001275 <a href="mailto:cri.viseu@arscentro.min-saude.pt">cri.viseu@arscentro.min-saude.pt</a>	<b>“Click” – Gabinete de Avaliação, Acompanhamento e Intervenção preventiva</b> Rua Cândido dos Reis, nº 17 – r/ch esq.º. 3510 - 056 Viseu Telef:232001275 <a href="mailto:pamonteiro@arscentro.min-saude.pt">pamonteiro@arscentro.min-saude.pt</a>

## DICAD ARS LVT

DICAD	Equipas de Prevenção	Consultas Especializadas para Atendimento a Jovens Descentralizadas do atendimento de adultos <small>Gratuitas, confidenciais e desburocratizadas; o acesso é livre, o próprio jovem e/ou família pode marcar pessoalmente ou por contato telefónico</small>
<b>EQUIPA DE COORDENAÇÃO</b>	Responsável pela Área da prevenção: Telef: 218 425 153 <a href="mailto:dicad.prevencao@arslvt.min-saude.pt">dicad.prevencao@arslvt.min-saude.pt</a> Apoio técnico às equipas de prevenção a nível regional	
<b>LISBOA OCIDENTAL</b>	Equipa de Prevenção - Sede Morada: Rua António Nunes Sequeira, nº 33-A - Aqualva Cacém - 2735-059 Aqualva Telef: 211 11 93 20 Mail: <a href="mailto:prevencao.crilxocidental@arslvt.min-saude.pt">prevencao.crilxocidental@arslvt.min-saude.pt</a> Abrangência geográfica: Concelhos de Amadora, Oeiras, Cascais e Sintra	<b>Gabinete de Atendimento a Jovens - #Chat (Oeiras)</b> Telef: 214 467 570 Morada: Centro de Juventude de Oeiras, na Alameda Conde de Oeiras.
		<b>Projeto Sorri Jovem – Centro de Atendimento a Adolescentes</b> Telef: 219 210 081 Morada: Avenida Chaby Pinheiro, nº 11 – 2º direito (edifício Catus) - Mem Martins
		<b>Nome: WhatsUp (funciona na ETET Amadora)</b> Telef: 211119300 Morada: Largo Alexandre Gusmão, 13 Damaia 2720-008 Amadora
<b>LISBOA ORIENTAL</b>	Equipa de Prevenção - Sede Morada: Rua Xabregas, nº 62 - 1900-440 Lisboa Telef: 21 111 94 00 Mail: <a href="mailto:cri.lxoriental.dicad@arslvt.min-saude.pt">cri.lxoriental.dicad@arslvt.min-saude.pt</a> Abrangência geográfica: 5 freguesias de Lisboa (Beato, Marvila, Penha de França, Olivais, Parque das Nações); Concelhos de: Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente, Vila Franca de Xira, Loures e Odivelas	<b>Gabinete de Saúde e Sexualidade Juvenil do Programa Cuida-te - Consulta de Psicologia (no âmbito da Prevenção dos Comportamentos Aditivos e Dependências)</b> Telef: 218 920 800 Morada – IPDJ Expo, Rua de Moscavide, Nº 71, Parque EXPO Lisboa
		<b>Consulta Jovem- Póvoa de Sto. Adrião</b> ACES Loures Odivelas - Centro de Saúde da Póvoa de Santo Adrião Morada: Rua Henrique Santos (em frente à escola Secundária Pedro Alexandrino) - Póvoa de Santo Adrião Telef: 219 380 222
		<b>Consulta Jovem- Pontinha</b> ACES Loures Odivelas - Unidade de Cuidados na Comunidade Nostra Pontinha Morada: Av. São Pedro, Lt. R5, Cave Esq. 1675-171 Pontinha Telef: 210 126 664/5
		<b>Consulta Jovem – Loures</b> ACES Loures Odivelas - Centro de Saúde de Loures Morada: Rua Angra do Heroísmo, S/N - 2670-407 Mealhada - Loures Telef: 219 0825 100 / 210 079 975 /210 079 990

		<b>Consultas Especializadas para Atendimento a Jovens Descentralizadas do atendimento de adultos</b>
		<small>Gratuitas, confidenciais e desburocratizadas; o acesso é livre, o próprio jovem e/ou família pode marcar pessoalmente ou por contato telefónico</small>
DICAD	Equipas de Prevenção	
CRI DO RIBATEJO	Sede da Equipa de Prevenção: Praceta Damião de Góis, nº 8 2000 - 226 Santarém Telefone : 243 009 690 Mail: cri.ribatejo.dicad@arslvt.min-saude.pt Abrangência geográfica: Concelhos de Abrantes, Alcanena, Constância, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Mação, Ourém, Sardoal, Torres Novas, Tomar, Vila Nova da Barquinha, Cartaxo, Golegã, Rio Maior, Santarém, Almeirim, Alpiarça, Chamusca, Coruche, Salvaterra de Magos	<b>“Consulta jovens e adolescentes” no IPDJ – Delegação de Santarém</b> Telef: 243 350 410 Morada: Av. Grupo de Forcados Amadores de Santarém, 1, 2000-181 Santarém
		<b>“Consulta jovens e adolescentes” no Centro de Saúde de Abrantes</b> Telef: 241 360 781 Morada: Lg. Eng.º Bioucas, Edifício HDA – 3º Piso Poente 2200-202 Abrantes
		<b>“Consulta jovens e adolescentes “na USF Santa Maria dos Olivais - Centro de Saúde de Tomar</b> Telef: 249 329 720 Morada: Rua da Nabância, 14 - 2300-469 Tomar
DICAD	Equipas de Prevenção	<b>Consultas Especializadas para Atendimento a Jovens - Descentralizadas do atendimento de adultos</b> (Gratuitas, confidenciais e desburocratizadas; o acesso é livre, o próprio jovem e/ou família pode marcar pessoalmente ou por contato telefónico)
CRI DA PENÍNSULA SETÚBAL	Sede da Equipa de Prevenção: Morada: Praça da República (Junto ao Jardim Beira Mar) - 2900-587 Setúbal Telef: 265 009 800 Mail: cri.psetubal.dicad@arslvt.min-saude.pt Abrangência geográfica: Concelhos de Almada, Seixal, Alcochete, Barreiro, Moita, Montijo, Palmela, Setúbal e Sesimbra	<b>Consulta de Adolescentes e Jovens Alcochete</b> Local: USCP Alcochete - Morada: Rua Capitão Salgueiro Maia, 2890-041 Alcochete Telef: 212349320
		<b>Consulta de Adolescentes e Jovens Montijo</b> Local: USF Afonsoeiro - Morada: Rua D. Francisco Manuel de Melo, nº 71, 2870 Telef: 210079900 (Nº telefone da ET do Barreiro para marcações)
		<b>Consulta de crianças e jovens</b> Morada: Extensão do Laranjeiro – Rua Luís de Camões 14, Laranjeiro – 2810-254 Almada Telef: 210079770 (Nº telefone da ET de Almada para marcações)
		<b>Consulta de crianças e jovens CRUZ DE PAU</b> Morada: Extensão de saúde da Cruz de Pau - Rua da Cordoaria, nº 47 (antiga extensão de saúde da Cruz de Pau) Telef: 212 267 631
		<b>Consulta de adolescentes e jovens SETÚBAL</b> Morada: IPDJ de Setúbal - Largo José Afonso - 2900-429 Setúbal Telef: 265521200 e 265009800 (Nº telefone da ET Setúbal para marcações)

DICAD	Equipas de Prevenção	Consultas Especializadas para Atendimento a Jovens - Descentralizadas do atendimento de adultos (Gratuitas, confidenciais e desburocratizadas; o acesso é livre, o próprio jovem e/ou família pode marcar pessoalmente ou por contato telefónico)
<b>CRI OESTE</b>	<p>Sede da equipa de Prevenção: Rua do Centro de Saúde, 2500-241 Caldas da Rainha Telef: 262 001 220</p> <p>Mail: et.caldasrainha.dicad@arslvt.min-saude.pt</p> <p>Abrangência Geográfica: Alcobaça, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos, Peniche, Torres Vedras, Cadaval, Lourinhã, Sobral de Monte Agraço, Mafra.</p>	<p><b>Gabinebe de atendimento de jovens e adolescentes (GAJA) de Torres Vedras</b></p> <p>Morada: Praceta Padre Joaquim Maria de Sousa, n.47 2560-649 Torres Vedras Telef: 26 1 000 790</p> <hr/> <p><b>Espaço In – Consulta de adolescentes das Caldas da Rainha</b></p> <p>Telef: 262 001 220</p> <p>Morada: Centro da Juventude das Caldas da Rainha, espaço integrado no âmbito do Programa CUIDA-TE do IPDJ -</p>
<b>UNIDADE DE ALCOOLOGIA E UD-CENTRO DAS TAIPAS</b>	<p>Equipa de Prevenção Lisboa Central: Sede partilhada entre a Unidade de Alcoologia e UD Centro das Taipas Telef: Sede UA - 211 119 340; sede UD-Centro das Taipas - 21 111 92 00</p> <p>Mail: ua.lisboa.dicad@arslvt.min-saude.pt ud.centrotaipas.dicad@arslvt.min-saude.pt</p> <p>Abrangência geográfica: Concelho de Lisboa, menos as 5 freguesias de Lisboa do CRI Lisboa Oriental</p>	<p><b>Projeto “Na Corda Bamba”</b></p> <p>Consulta jovens e adolescentes nos Serviços Centrais do Instituto Português do Desporto e da Juventude (IPDJ)</p> <p>Projeto integrado entre UA e UD/Centro das Taipas e o Centro Hospitalar de Lisboa Central</p> <p>Morada: Rua Rodrigo da Fonseca, n.º 55 A Telef: 211 119 200 (Nº telefone Centro das Taipas para marcações) ou corda.bamba@ipdj.pt</p>



## DICAD ARS Alentejo

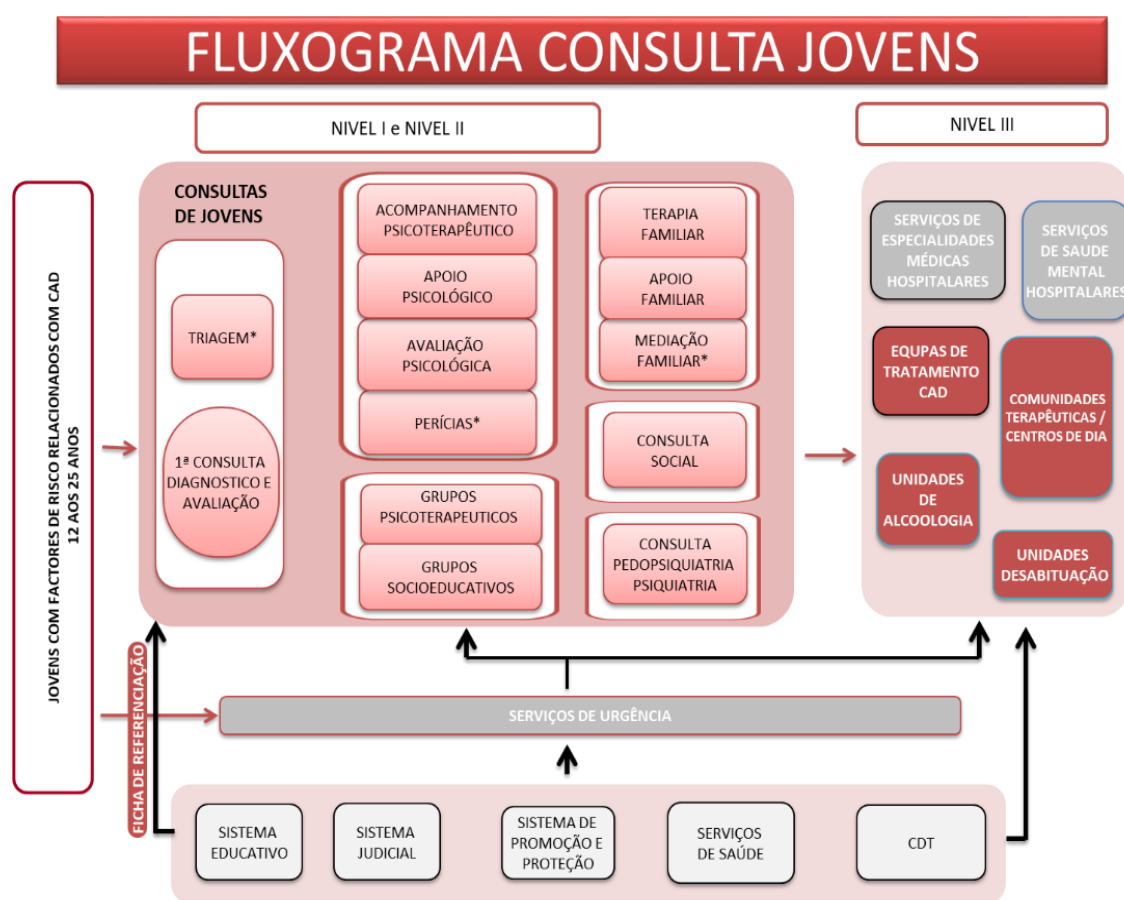
DICAD	Equipas de Prevenção	Consultas Especializadas para Atendimento a Jovens
ARS Alentejo	CRI do Baixo Alentejo	<p>Sede da Equipa de Prevenção: Avenida Vasco Da Gama, 17, Apartado 21 7800-397/Beja Telefone : 284009850 Mail:<a href="mailto:cri.baixoalentejo@arsalentejo.min-saude.pt">cri.baixoalentejo@arsalentejo.min-saude.pt</a></p> <p>Abrangência geográfica: Os 13 concelhos da região do Baixo Alentejo (Aljustrel, Almodôvar, Alvíto, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique, Serpa, Vidigueira)</p> <p>Sede da Equipa de Prevenção: Bairro das Panteras, Rua dos Navegantes, anexo Centro de Saude. 7500-140 Vila Nova de Santo André Telefone: 269003060 Mail: <a href="mailto:cri.litoralalentejano@arsalentejo.min-saude.pt">cri.litoralalentejano@arsalentejo.min-saude.pt</a> ; <a href="mailto:aurea.curado@arsalentejo.min-saude.pt">aurea.curado@arsalentejo.min-saude.pt</a></p> <p>Abrangência Geográfica: Os 5 Concelhos do Alentejo Litoral (Alcácer Sal, Grândola, Santiago do Cacém, Sines, Odemira)</p>
	CRI Litoral Alentejano	<p>CAJ- Consulta descentralizada de Apoio a Jovens, familiares e envolventes (ao abrigo do Programa Cuida-te) Morada : IPDJ- Delegação de Portalegre Morada: Avenida do Bonfim, Portalegre Telefone : 245301900 Mail: <a href="mailto:Lolajia.portalegre@ipdj.pt">Lolajia.portalegre@ipdj.pt</a> Acesso é livre, o agendamento deverá ser feito por marcação prévia, pessoalmente, por contato telefónico ou por e-mail todos os dias da semana <b>Marcação de consultas – 245009070; <a href="mailto:jina.alexandre@arsalentejo.min-saude.pt">jina.alexandre@arsalentejo.min-saude.pt</a></b></p>
	CRI do Norte Alentejano	<p>Sede Equipa de Prevenção do CRI do Norte Alentejano Rua de S. Pedro (Antigo Sanatório Rodrigues Gusmão), s/n Portalegre 7300-000 Portalegre Telefone: 245009070 Fax: 245330199 Mail : <a href="mailto:jina.alexandre@arsalentejo.min-saude.pt">jina.alexandre@arsalentejo.min-saude.pt</a> Abrangência geográfica: distrito de Portalegre</p>
CRI Alentejo Central	<p>Equipa de Prevenção e intervenção Comunitária Rua Gil do Monte, Lote 2 A 7005-503 Évora Telefone 266009800 Mail:<a href="mailto:cri.alentejocentral@arsalentejo.min-saude.pt">cri.alentejocentral@arsalentejo.min-saude.pt</a>.</p> <p>Abrangência geográfica: distrito de Évora Coordenador da Equipa – Dr. Paulo de Jesus</p>	
		<p><b>Arrisca Adolescer – Consulta de adolescentes de Beja</b> Telefone: 284009850 Morada: Instituto Português do Desporto e da Juventude de Beja, espaço integrado no âmbito do Programa CUIDA-TE do IPDJ - Atendimento: 3<sup>ª</sup> e 5<sup>ª</sup> (tarde) 6<sup>ª</sup> feiras (manhã) ou consoante o horário escolar dos adolescentes Acesso é livre , o agendamento deverá ser prévio pessoalmente ou por contato telefónico todos os dias da semana.</p> <p><b>Consulta de Adolescentes</b> Morada: Bairro das Panteras, Rua dos Navegantes, anexo Centro de Saude. 7500-140 Vila Nova de Santo André Telefone: 269003060 Mail: <a href="mailto:cri.litoralalentejano@arsalentejo.min-saude.pt">cri.litoralalentejano@arsalentejo.min-saude.pt</a> ; <a href="mailto:aurea.curado@arsalentejo.min-saude.pt">aurea.curado@arsalentejo.min-saude.pt</a> Atendimento: terça-feira das 09h:30m às 17h00m Acesso é livre, o agendamento deverá ser prévio pessoalmente ou por contato telefónico todos os dias da semana</p> <p><b>Adoles sendo – Consulta de adolescentes</b> Telefone: 266 0098900 Morada: IPDJ – Instituto Português do Desporto e da Juventude, espaço integrado no âmbito do Programa CUIDA-TE Rua da República, 119 7000-656 Évora Atendimento: quarta- feira e sexta-feira, das 11h30m às 18h Acesso é livre, o agendamento deverá ser prévio pessoalmente, por contato telefónico ou por e-mail todos os dias da semana Coordenador da consulta Dr. Duarte Coxo <a href="mailto:duarte.coxo@arsalentejo.min-saude.pt">duarte.coxo@arsalentejo.min-saude.pt</a></p>

## DICAD ARS Algarve

DICAD	Equipas de Prevenção	Consultas Especializadas para Atendimento a Jovens
<b>CRI ALGARVE</b>	<p>1. Sede da Equipa Técnica Especializada de Prevenção (ETEP):</p> <p>Morada: - Rua Brites de Almeida, nº6, 1º Esq., 8000-234 Faro</p> <p>Telef: 289 889512</p> <p>2. Pólo em Portimão, da Equipa Técnica Especializada de Prevenção (ETEP):</p> <p>Morada: - Rua Poeta António Aleixo, nº3, 8501-856, Portimão</p> <p>Telef: 289 889512 (Contacto de Faro, do Serviço Administrativo da ETEP, sediado em Faro e dando resposta à região do Algarve)</p> <p>Email: etep- _dicad@arsalgarve.min-saude.pt</p> <p>Abrangência geográfica: - Os 16 concelhos da região do Algarve</p>	<p>Gabinete de Atendimento a Jovens e Envoltentes (GAJE), Sede em Faro</p> <p>Morada: - Rua Brites de Almeida, nº6, 1º Esq., 8000-234 Faro</p> <p>Telef: 289 889512</p> <p>Atendimento: De segunda a sexta-feira, das 9h00 às 13h00 e das 14h00 às 17h00</p>

# Anexos para consulta

## Anexo 1: Rede de Referência Específica para Crianças e Jovens da ARS Norte I.P.



\* Valências existentes apenas no PIAC

### DICAD – ARS NORTE:

A DICAD – ARS Norte IP integra sete Centros de Respostas Integradas (CRI), o CRI de Braga, CRI de Bragança, CRI Porto Central, CRI Porto Ocidental, CRI Porto Oriental, CRI Viana de Castelo e CRI Vila Real. Cada CRI dispõem de uma Equipa de Prevenção que responde à sua área de abrangência. A DICAD dispõe ainda de um Projeto de Apoio à Comunidade (PIAC) que presta cuidados ao nível da Prevenção Indicada na Área metropolitana do Porto. O trabalho preventivo desenvolvido na Região Norte é apoiado e monitorizado pela Equipa Técnica Regional da DICAD. Os pedidos de intervenção ao nível da Prevenção devem ser enviados diretamente para as Equipas de Prevenção dos CRI, em grelha em anexo, ou para a Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências da ARS Norte IP.

Nestes últimos anos, a DICAD da ARS Norte IP tem realizado um investimento acrescido ao nível da intervenção em Prevenção Indicada, numa lógica de proximidade e acesso à população os CRI foram implementando respostas nos diferentes concelhos, dispendo atualmente de 13 locais de atendimento, em grelha em anexo. Assim, o CRI Porto Central disponibiliza duas Consultas de Prevenção Indicada no concelho de Vila Nova de Gaia e Santa Maria da Feira. O CRI Porto Ocidental disponibiliza uma Consulta em Santo Tirso, uma Consulta na Maia e uma Consulta na Póvoa de Varzim. Os CRI do Porto disponibilizam conjuntamente uma Consulta no Porto no âmbito do Programa CUIDA-TE no Gabinete de Saúde Juvenil do IPDJ Porto/ARS Norte IP. Também o CRI de Vila Real e de Bragança dispõem de Consultas no âmbito do CUIDA -TE, respetivamente no Gabinete de Saúde do IPDJ de Vila Real/ ARS Norte IP e do IPDJ de Bragança /ARS Norte IP. O CRI de Vila Real dispõe ainda de duas Consultas que funcionam na ET de Chaves e de Lamego. O CRI de Braga e do Porto Oriental atende jovens nas suas Equipas de Tratamento.

Estas respostas dirigem-se a crianças e jovens que se encontrem em situação de risco para os comportamentos aditivos e dependências, quer apresentem fatores de risco fortemente correlacionados com estes quer apresentem já comportamentos aditivos.

As consultas constituem-se como espaços de atendimento a jovens dos 12 aos 24 anos, com exceção do PIAC que atende crianças desde os 4 anos, dirigindo-se também aos familiares e outras figuras significativas e ainda a profissionais numa vertente de apoio técnico e consultadoria.

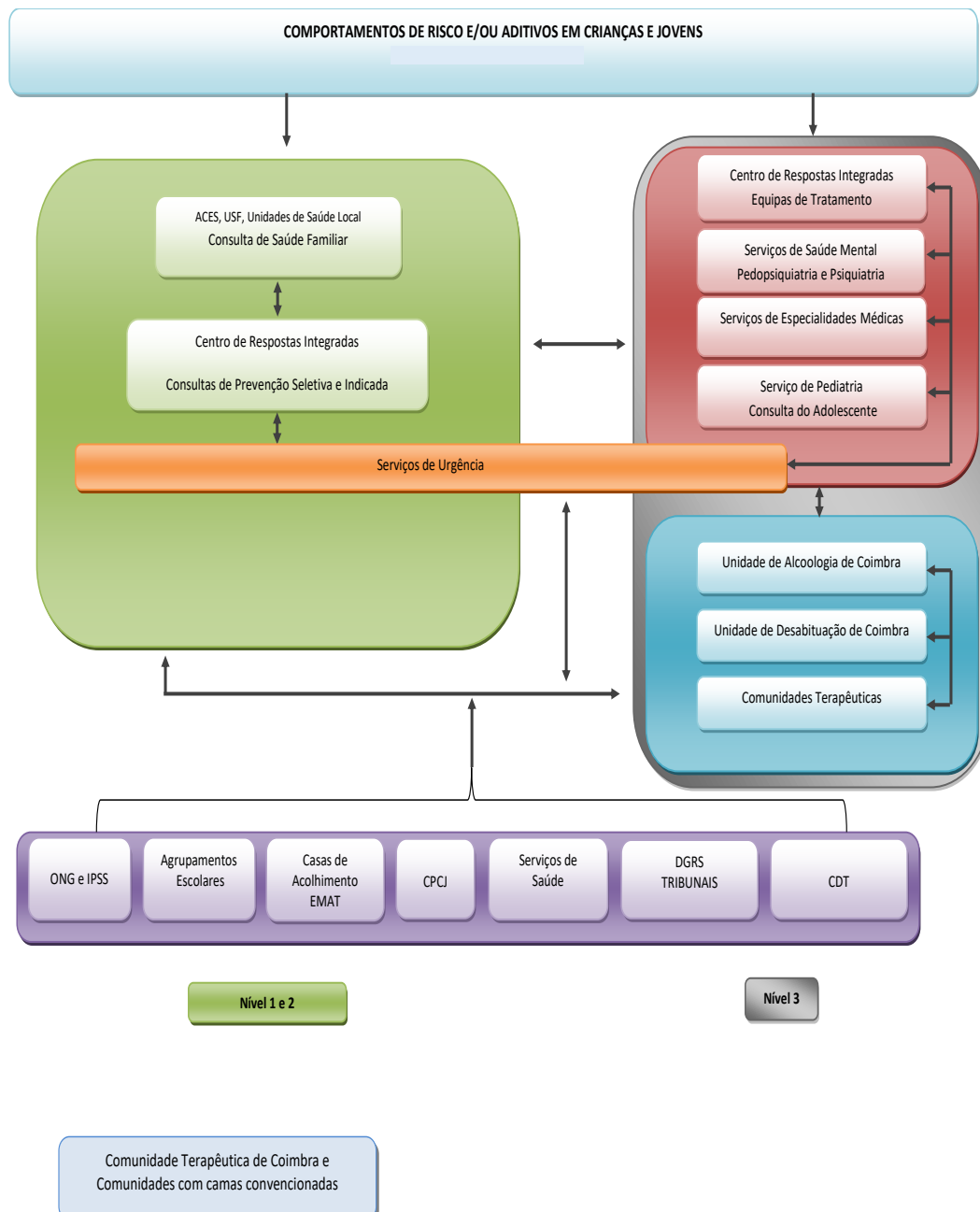
Esta intervenção distingue-se da prevenção seletiva pela forte correlação e natureza individualizada dos indicadores para o desenvolvimento de comportamentos aditivos e dependências.

A sinalização e referenciação para as Consultas de Prevenção Indicada são efetuadas por técnicos de distintas áreas designadamente Educação, Saúde, Segurança Social e Justiça, podendo ainda o jovem ou a família recorrer por iniciativa própria.

**As intervenções visam:**

- Potenciar os fatores de proteção e reduzir fatores de risco associados aos comportamentos aditivos e às dependências;
- Reduzir a incidência, isto é, diminuir o número de pessoas que iniciam o uso/abuso de substâncias psicoativas (SPA);
- Retardar a idade de início de consumo de SPA e evitar a passagem de consumo ocasional/esporádico para um consumo regular;
- Coadjuvar no processo de desenvolvimento inter e intrapessoal;
- Promover competências pessoais e sociais (tais como: autocontrolo, autoconfiança, autoestima, motivação, resistência à pressão de pares, tomada de decisão, comunicação, assertividade entre outras).

## Anexo 2: Rede de Referência Específica para Crianças e Jovens da ARS Centro I.P



### DICAD - ARS CENTRO:

A DICAD – Centro integra no seu território seis CRI, o CRI de Aveiro, CRI de Castelo Branco, CRI de Coimbra, CRI da Guarda, CRI de Leiria e CRI de Viseu.

Tendo em consideração o aumento significativo de pedidos de apoio destinados a crianças/jovens, cada CRI dispõe de Gabinetes de Prevenção que têm como:

### **Objetivo geral**

Dar resposta às necessidades dos jovens com problemas de comportamentos aditivos e dependências, com ou sem substância, ou que apresentem fatores de risco relativos a estes comportamentos, bem como aos seus envolventes (formais e informais). Através de um conjunto de respostas terapêuticas pretendem: evitar o início, cessar ou diminuir a intensidade e/ou frequência de comportamentos aditivos, bem como evitar a adoção de padrões mais nocivos e/ou o desenvolvimento de uma dependência; reforçar os fatores protetores e inibir os fatores de risco destes jovens, contribuindo para adoção de comportamentos e estilos de vida mais saudáveis, facilitadores da sua integração social e realização pessoal, de melhor vinculação familiar, escolar/profissional e relacional.

### **Objetivos específicos**

1. Avaliar a existência de comportamentos aditivos e dependências, com ou sem substância, o respetivo padrão de utilização e os riscos associados;
2. Evitar/retardar o aparecimento de comportamentos aditivos, com ou sem substância;
3. Evitar/retardar o uso problemático das tecnologias de informação;
4. Adiar os primeiros consumos, reduzir a duração, frequência e intensidade dos comportamentos de risco e retardar o início do uso problemático/abuso de SPA;
5. Aumentar os conhecimentos sobre os riscos associados ao consumo de SPA e/ou ao uso problemático das tecnologias de informação, promovendo a tomada de decisão informada e a aquisição de comportamentos mais saudáveis no uso das tecnologias e alternativas ao uso de SPA;
6. Minimizar as consequências e os riscos associados ao consumo de SPA e/ou ao uso problemático das tecnologias de informação;
7. Reforçar os fatores de proteção e diminuir os fatores de risco junto dos jovens e envolventes (formais e informais);
8. Promover a aquisição de competências pessoais e sociais;
9. Promover a aquisição e o treino de competências parentais e/ou relacionais.

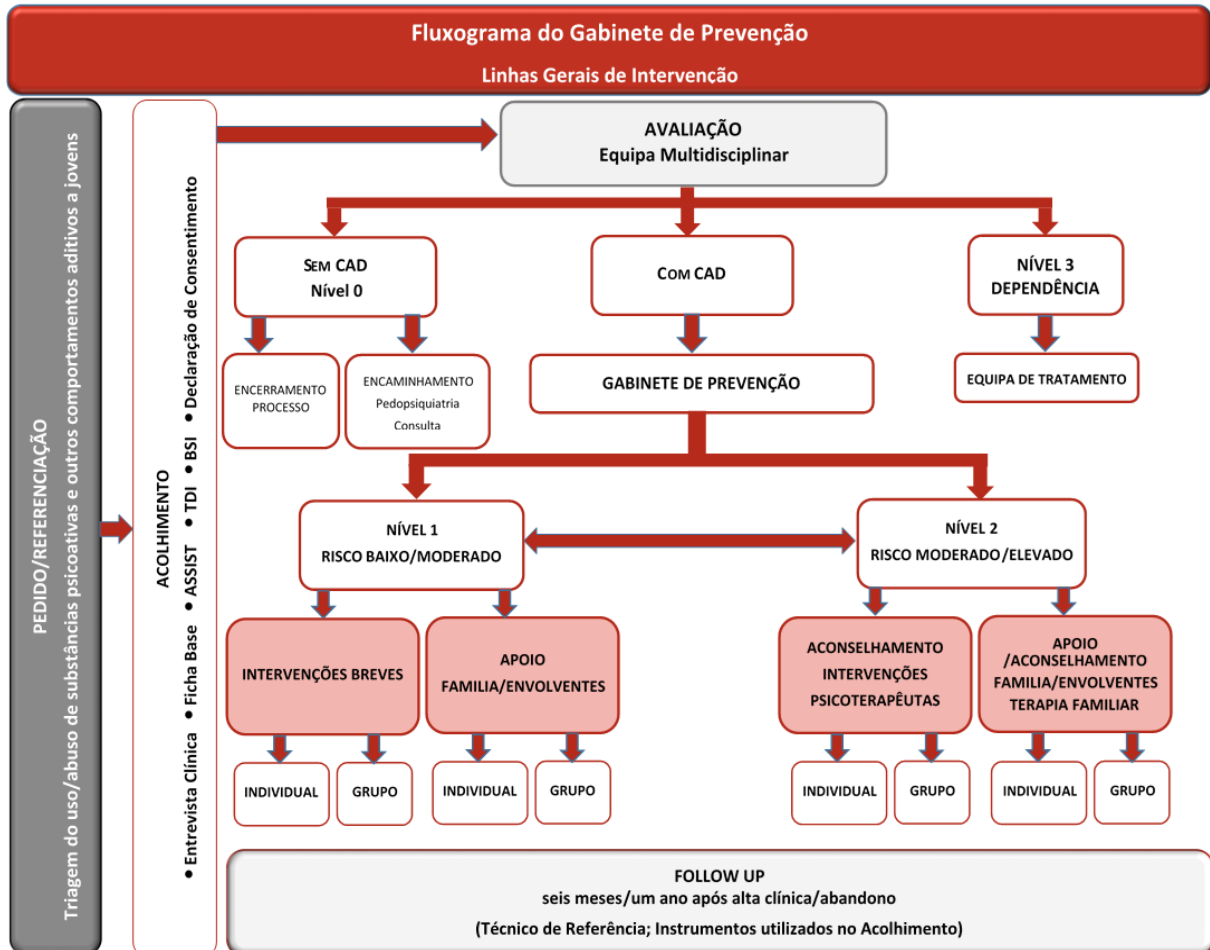
### **População alvo**

- Jovens que apresentem fatores de risco relativos ao uso problemático das tecnologias de informação e/ou ao consumo de SPA;
- Jovens que apresentem consumos pontuais ou recreativos de SPA;
- Jovens com consumos abusivos de SPA;
- Jovens que apresentem um uso problemático das tecnologias de informação;
- Familiares e envolventes dos jovens identificados anteriormente.
-

**Os Planos de Tratamento disponibilizados são:**

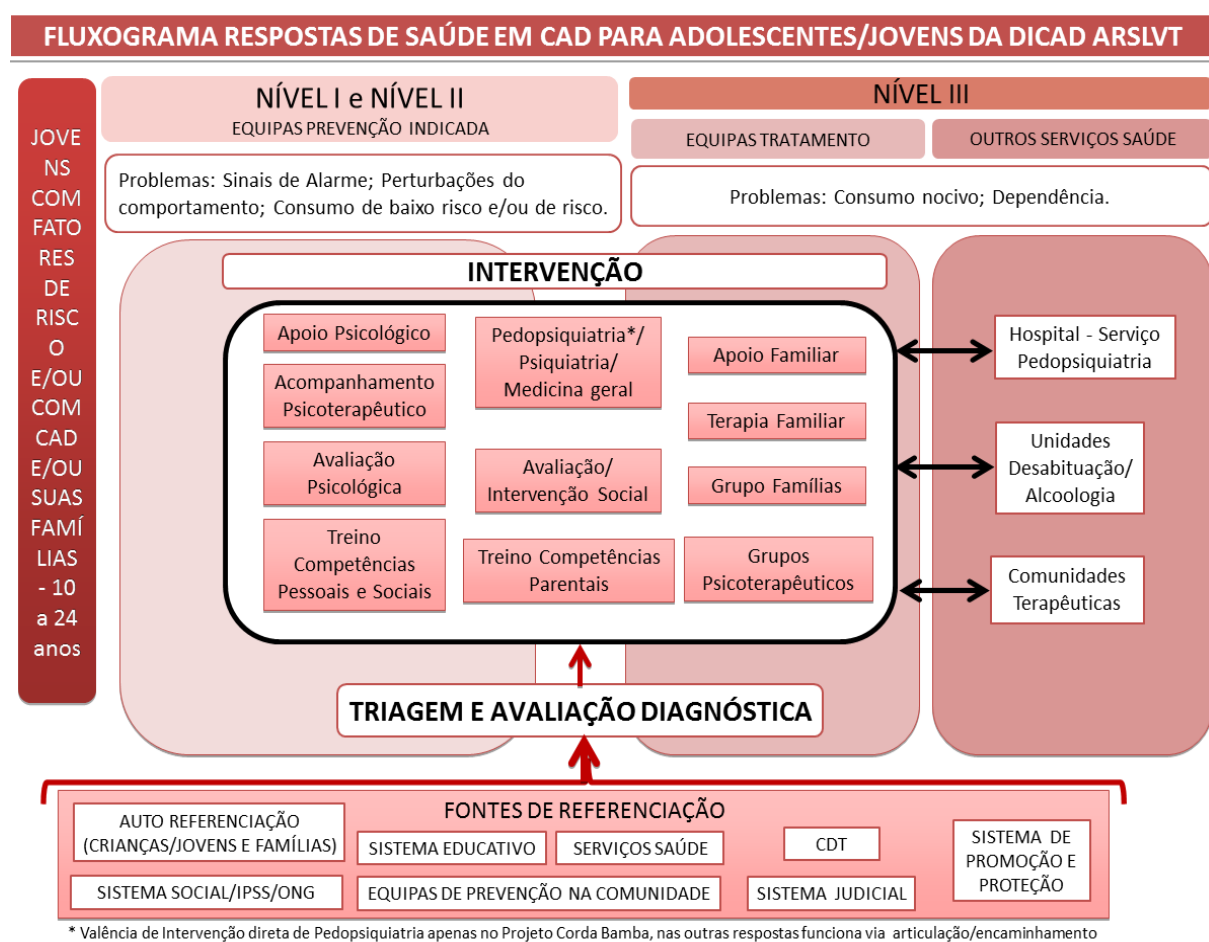
- Avaliação e diagnóstico psicológico;
- Aconselhamento;
- Psicoterapia Individual;
- Psicodrama/sociodrama (resposta do CRI de Coimbra);
- Consulta de Psiquiatria;
- Intervenção Familiar;
- Educação para a Saúde.

Anexo 3: Fluxograma referente ao desenvolvimento da consulta destinada a crianças e jovens da ARS CENTRO I.P.





## Anexo 4: Rede de Referência Específica para Crianças e Jovens da ARS Lisboa e Vale do Tejo I.P.



### DICAD - ARS LISBOA E VALE DO TEJO:

Na DICAD - ARSLVT existem seis equipas de prevenção a nível local que estão integradas nos Centros de Respostas Integradas (CRI) e em mais duas UIL: CRI Lisboa Ocidental, CRI Lisboa Oriental, CRI Península de Setúbal, CRI Ribatejo, CRI Oeste e Equipa de Prevenção de Lisboa (integra técnicos da UD-Centro das Taipas e da Unidade de Alcoologia). Estas equipas são constituídas maioritariamente por técnicos que intervêm noutras áreas de intervenção (Tratamento, Reinserção e /ou RRMD), de diferentes áreas profissionais (psicologia, serviço social, enfermagem, medicina, entre outras). A equipa de coordenação dá apoio técnico e intervêm nas zonas onde há carência de recursos na área da prevenção.

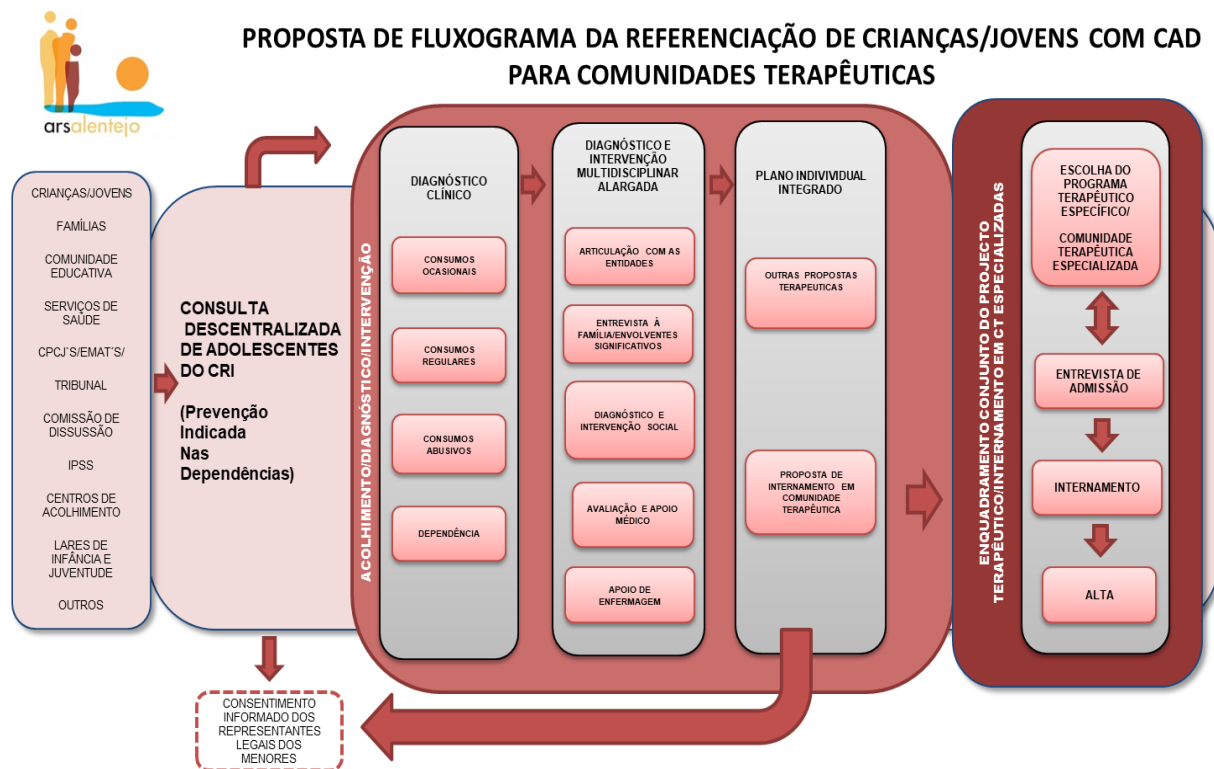
A disponibilidade das equipas depende dos recursos afetos e do número de projetos em curso, mas cada pedido de intervenção é avaliado e é equacionado quando o melhor enquadramento para a intervenção ser iniciada e/ou realizada.

Os pedidos de intervenção ao nível ambiental, universal e seletivo devem ser enviados diretamente para as equipas de prevenção, ou para o mail da prevenção da DICAD/ ARSLVT ([dicad.prevencao@arslvt.min-saude.pt](mailto:dicad.prevencao@arslvt.min-saude.pt)) conforme link anexo <http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/481>.

Ao nível da prevenção indicada, existe em cada CRI/UIIL respostas de atendimento específicas para os adolescentes/jovens e/ou suas famílias. Para além da resposta dada nas Equipas de Tratamento, existem dezassete espaços de atendimento descentralizados das Equipas de Tratamento, que funcionam numa base de abrangência geográfica (idealmente deve dirigir-se à equipa mais próxima da residência, podendo haver exceções). Basta ao técnico que encaminha, ao familiar e/ou ao jovem ligar e/ou ir diretamente ao espaço nos dias referidos em cada um deles e será dada uma data de marcação para triagem e/ou acolhimento. Ver link para poster de respostas de atendimento a jovens da DICAD/ARSLVT: [http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer\\_file/document/7616/Poster\\_Recursos\\_Espa\\_os\\_Atendimento\\_Adolescentes\\_jovens\\_e\\_Equipas\\_Preven\\_ovs\\_16-07-2019.pdf](http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/7616/Poster_Recursos_Espa_os_Atendimento_Adolescentes_jovens_e_Equipas_Preven_ovs_16-07-2019.pdf).

A partir da referenciação, é realizada uma triagem/acolhimento, que de acordo com os recursos geográficos ou ocorre no Espaço descentralizado para atendimento de adolescentes/jovens ou na Equipa de Tratamento de zona, que visa nessa sequência fazer uma avaliação diagnóstica da situação e definir um plano individual de intervenção. O plano individual de intervenção pode envolver acompanhamento em ambulatório e/ou internamento de em Unidade Desabituação e/ou Comunidade Terapêutica, pelo que quer as respostas de saúde de prevenção indicada, quer as Equipas de Tratamento na definição do plano individual de intervenção podem definir a integração em comunidade terapêutica e dar seguimento à integração do jovem, acompanhar pré, durante e pós alta. Bem como articular com outros serviços de saúde, em particular serviço pedopsiquiatria dos hospitais

## Anexo 5: Rede de Referência Específica para Crianças e Jovens da ARS Alentejo I.P.



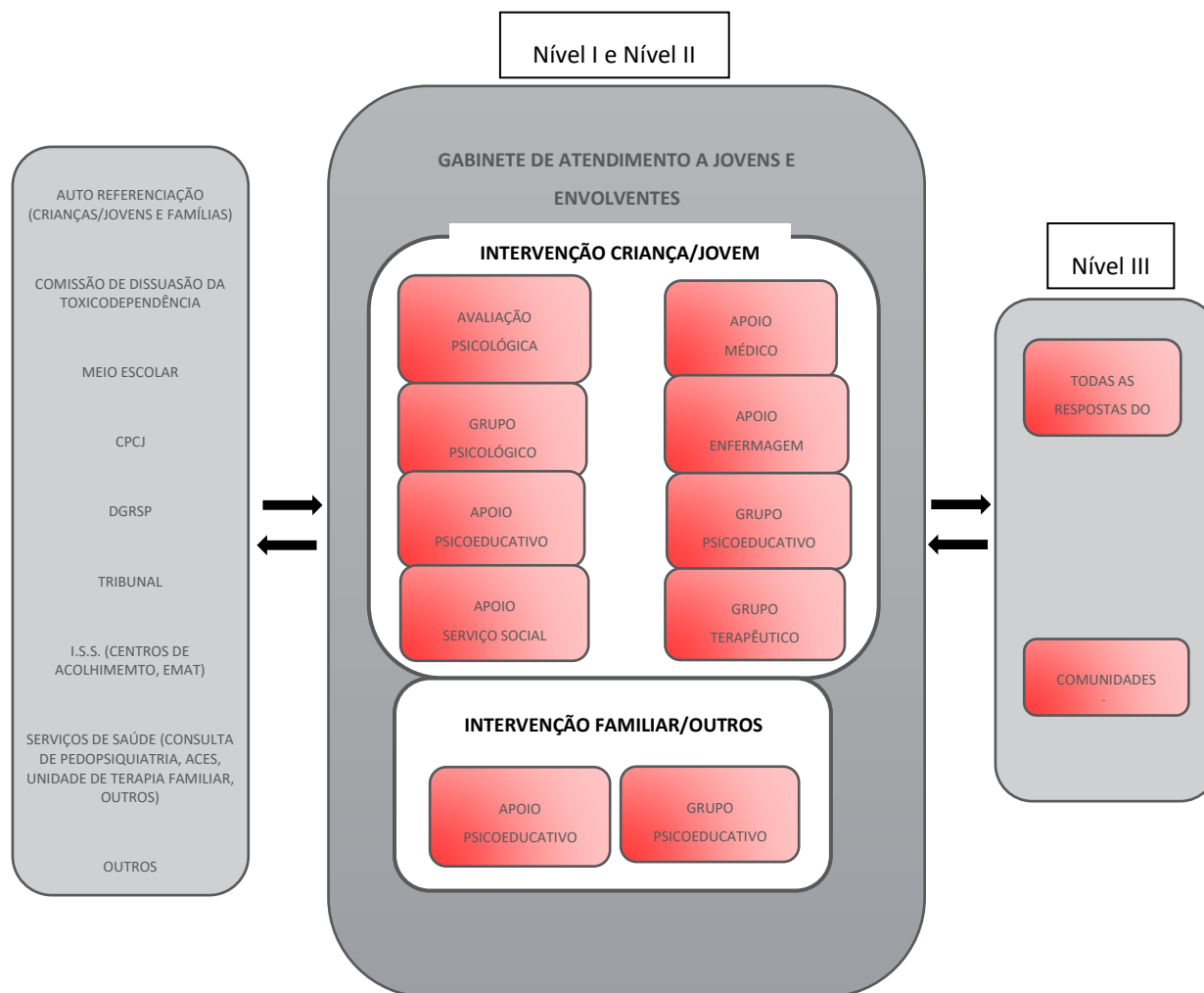
### DICAD - ARS ALENTEJO:

Os CRI's - Norte Alentejano, Alentejo Central e Baixo Alentejo têm a funcionar uma consulta descentralizada de adolescentes no âmbito de uma parceria com o IPDJ - prevenção indicada em dependências.

No CRI Norte Alentejano e CRI Baixo Alentejo, os jovens com critérios de dependência de substâncias psicoativas (SPA) são encaminhados para a consulta de adultos no CRI e as referências para as comunidades terapêuticas (CT) têm os procedimentos gerais da outra população com CAD. No CRI Alentejo Central, os adolescentes mantêm-se em acompanhamento na consulta de jovens e, sempre que necessário, têm apoio pontual na equipa de tratamento do CRI. As referências para CT são feitas no âmbito da consulta de jovens.

## Anexo 6: Rede de Referência Específica para Crianças e Jovens da ARS Algarve I.P.

Fluxograma da consulta de prevenção indicada para crianças/jovens com CAD



### DICAD - ARS ALGARVE:

A DICAD da ARS Algarve, I.P., é constituída por duas Unidades de Intervenção Local (UIL) - o Centro de Respostas Integradas (CRI) do Algarve e a Unidade de Desabilitação do Algarve (UDA). A Equipa Técnica Especializada de Prevenção (ETEP), a nível regional, é uma das Equipas Técnicas Especializadas que faz parte do CRI Algarve. A mesma está sediada em Faro, incluindo também um Pólo em Portimão, dando resposta, respetivamente, a diferentes áreas de abrangência geográfica, a primeira à região do sotavento algarvio e o segundo à região do barlavento, no âmbito dos diferentes níveis de intervenção preventiva - universal, seletiva, indicada e ambiental. É com este enquadramento que foi criada a consulta de prevenção indicada, em 2005/2006, designada de Gabinete de Atendimento a Jovens e Envloventes (GAJE), a qual funciona como uma das atividades da ETEP.

A consulta traduz-se essencialmente numa abordagem psicossocial dirigida a adolescentes/jovens, dos 13 aos 21 anos de idade, com comportamentos de risco na área dos CAD, com e sem substância, bem como se dirige aos seus sistemas envolventes, designadamente a família ou outros.

Esta consulta tem a abrangência geográfica que corresponde aos 16 concelhos do Algarve, organizada por sotavento e barlavento algarvios, tal como acima descrito, sendo desenvolvida por uma equipa multidisciplinar.

O pedido de primeira consulta é realizado através de uma Ficha de Referência (enviada por email), sempre que se trate de um pedido efetuado por parceiros intra e interinstitucionais. Os pedidos de primeira consulta feitos por familiares ou pelo próprio jovem (auto-referenciação), são realizados por telefone, email ou presencialmente.

O projeto individual de intervenção envolve o acompanhamento psicossocial em ambulatório, podendo, quando necessário, decorrer em articulação com:

- As estruturas referenciadoras, da área da saúde ou outras;
- Outros parceiros relevantes no âmbito do projeto individual de intervenção;
- Outras Equipas Técnicas Especializadas do CRI Algarve, bem como a UDA, caso seja necessário.

Sempre que se justifique, os adolescentes/jovens com critérios de dependência de substâncias psicoativas são encaminhados para as Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento (ETET) do CRI Algarve, bem como estão previstas referências para Comunidades Terapêuticas (CT), sendo que tais referências cumprem, no geral, os procedimentos em vigor no âmbito da população com CAD.

Regra geral, em circunstâncias em que o projeto individual de intervenção não é viável em meio natural de vida, o projeto terapêutico poderá contemplar o internamento em meio protegido e de longa duração, ou seja, em Comunidade Terapêutica (CT).

Pretende-se coesão nas intervenções de prevenção indicada que se realizam, bem como um envolvimento satisfatório e adequado das estruturas com as quais se articula, numa perspetiva comunitária, no âmbito do projeto de intervenção individual, de abordagem essencialmente psicossocial, dirigida ao jovem, implicando também a família ou outros envolventes.

Os pedidos de intervenção ao nível da prevenção universal, seletiva, indicada e ambiental podem ser enviados diretamente para a Equipa Técnica Especializada de Prevenção, da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências da ARS Algarve, I.P. (vide “RECURSOS/RESPOSTAS POR PARTE DAS DICAD”).

## Anexo 7 – Boas Práticas de Intervenção com Crianças e Jovens com Comportamentos Aditivos e/ou Dependências:

### 1. *Casa Pia de Lisboa:*

A Casa Pia de Lisboa I.P. (CPL I.P.) tem por missão integrar crianças e adolescentes, designadamente as desprovidas de meio familiar adequado, garantindo-lhes percursos educativos inclusivos, assentes, nomeadamente, numa escolaridade prolongada, num ensino profissional de qualidade e numa aposta na integração profissional e, sempre que necessário, acolhendo-os. O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD) e a Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARLSVT) têm como missão promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD) e ainda apoiar a coordenação de atividades realizadas por entidades responsáveis pela operacionalização das políticas preventivas, contemplando nos seus planos de ação a intervenção junto de crianças e jovens em meio escolar e institucional, numa ótica de resposta preventiva dos CAD.

A CPL, I.P. desde o ano 2005, conta com a parceria do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) no desenho e implementação do Programa Substâncias Psicoativas (SPA), que visava definir os princípios gerais que regem a intervenção neste âmbito, dotando os agentes socioeducativos de ferramentas úteis a adotar junto das crianças/jovens integradas nas respostas educativas e formativas (Centros de Educação e Desenvolvimento – CED Tipo 2) e/ou em acolhimento residencial (Centros de Educação e Desenvolvimento – CED Tipo 1) da CPL, I.P. A formalização desta parceria ocorreu no ano 2010 através da assinatura de um Acordo de Cooperação entre ambas as entidades.

Atendendo à extinção do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) e criação do SICAD, à passagem dos Centros de Resposta Integrada (CRI) para a ARSLTV e à atualização de legislação no âmbito dos CAD, considerou-se fundamental rever e redefinir o Acordo de Cooperação vigente, repensando e reajustando as linhas de orientação e de intervenção definidas no Programa SPA, adaptando-as aos normativos legais CAD em vigor e às atuais problemáticas/necessidades da comunidade socioeducativa dos contextos escolar e acolhimento residencial da CPL, I.P., considerando as especificidades e desafios que se impõem em cada uma destas respostas.

Decorrente deste percurso e experiência interinstitucional e consequentemente da necessidade de se atualizar e impulsionar procedimentos, em abril do ano 2015, procedeu-se à formalização de um novo Acordo de Cooperação entre as instituições CPL, I.P., SICAD e ARSLVT. Assim sendo e numa perspetiva de aprofundamento de uma colaboração específica interinstitucional, deu-se continuidade ao trabalho realizado no que concerne às boas práticas, incluindo-se recentemente os CAD sem SPA (como por exemplo a utilização problemática da internet). Pretendeu-se assim desenhar, implementar e avaliar uma intervenção integrada e adequada às necessidades e características dos grupos-alvo dos CED Tipos 1 e 2 da CPL, I.P.

Com esta reestruturação, pretende-se fornecer à comunidade socioeducativa dos CED Tipos 1 e 2, um conjunto de diretrizes e de recomendações que servirão de suporte à sua intervenção no domínio dos CAD com e sem SPA, no qual se incluem ações de caráter preventivo, abrangendo, se necessário, o encaminhamento para a vertente de tratamento.

#### *A. Enquadramento*

##### *A1. Intervenção Preventiva*

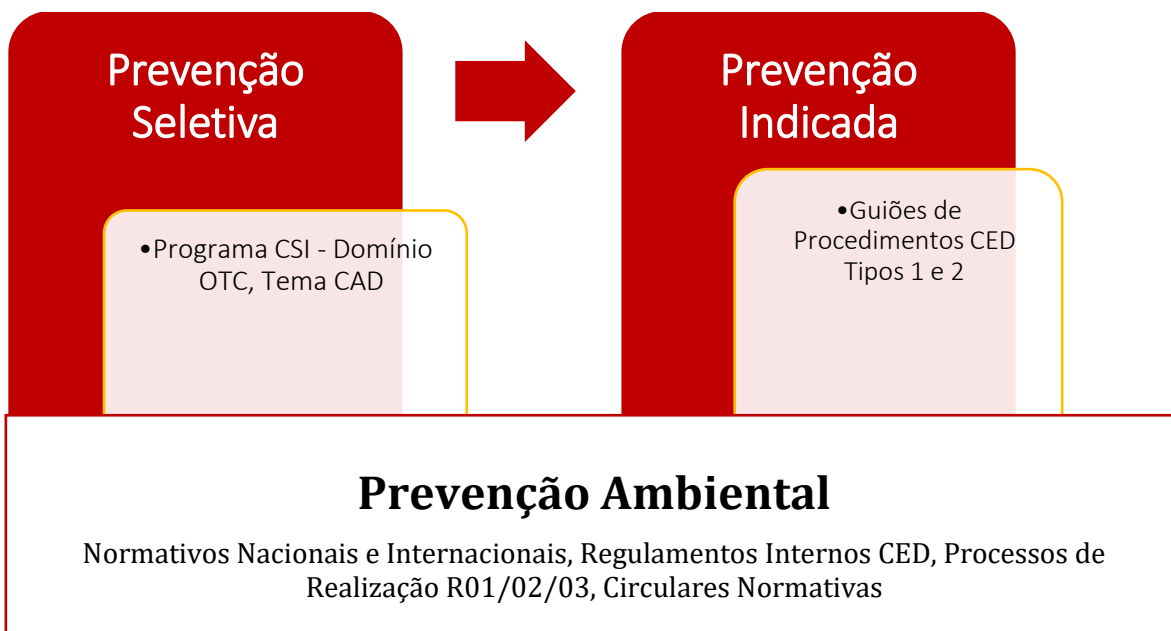
A intervenção preventiva rege-se pelo quadro concetual apresentado no ponto relativo às Respostas, subponto da Prevenção deste documento.

De acordo com a descrição dos diferentes níveis de intervenção preventiva pode-se afirmar que a CPL, I.P. atua numa ótica de Prevenção Seletiva, Indicada e Ambiental:

a) Prevenção Seletiva na medida em que a CPL, I.P. tem como missão admitir nas suas respostas crianças e adolescentes em risco e em perigo, estando presente no processo de admissão uma pré seleção e uma avaliação da presença de fatores de risco em relação à população no geral. Este nível de prevenção está também patente no quadro de implementação de sessões de Domínio Outros Temas de Cidadania (OTC) – Tema SPA do Programa Competências Sociais Integradas (CSI) nas turmas/casas de acolhimento em que, por via da sua caracterização relacional, comportamental e cognitiva/aprendizagem, o par de aplicadores e outros elementos dos Serviços Socioeducativos considera pertinente a aplicação de dinâmicas desta tipologia.

b) Prevenção Indicada, uma vez que no seio destes subgrupos de crianças e adolescentes admitidos na CPL, I.P. poderá surgir a necessidade de uma intervenção mais especializada e dirigida a um só educando, por este apresentar sinais de consumo de SPA ou de outros CAD sem recurso a SPA e equacionar-se a necessidade de encaminhamento para os serviços da área da Intervenção nos CAD. c) Prevenção Ambiental, que se apresenta como transversal aos níveis descritos anteriormente, através de legislação nacional/internacional que regulamenta formas adequadas de agir em sociedade, no que diz respeito à utilização de substâncias lícitas e ilícitas e ainda através de documentação própria da CPL, I.P., que também preconiza diretrizes face à vivência em meio escolar e em contexto de acolhimento residencial, como por exemplo, Regulamentos Internos dos CED Tipos 1 e 2, Processos de Realização e Circulares Normativas. Salienta-se que o modelo de organização e de gestão da CPL, I.P. é um modelo orientado por processos, entre os quais os processos de realização R01 (Admissão e desenvolvimento em acolhimento residencial), R02 (Acolhimento residencial de crianças e jovens em perigo) e R03 (Admissão e desenvolvimento em respostas educativas e formativas), de acordo com a sua Lei Orgânica e refletido nos seus Estatutos, assente num Sistema de Gestão Integrada da Qualidade e do Ambiente (SGIQA).

Pelo exposto, apresenta-se de seguida um gráfico que sintetiza os diferentes níveis de Intervenção Preventiva adotados pela CPL, I.P. e respetivos meios de implementação.



#### *A2. Operacionalização*

Dando continuidade a uma boa prática identificada na operacionalização do Projeto SPA, considerou-se fundamental a implementação de uma metodologia idêntica, no que diz respeito aos grupos de trabalho necessários a uma condução eficaz e eficiente das práticas a estabelecer no âmbito dos CAD. Desta forma, o modelo de procedimentos adotado na CPL, I.P. conta como suporte do Núcleo de Apoio Técnico e os Grupos de Referência de cada CED Tipos 1 e 2.

#### *Núcleo de Apoio Técnico (NAT)*

O NAT é constituído por elementos representantes das diferentes entidades parceiras do referido Acordo de Cooperação. Pretende-se desta forma garantir uma intervenção adaptada à missão/realidade da CPL, I.P., tendo como suporte técnico, baseado em pressupostos legais, teóricos e científicos, equipas com prática na área dos CAD e orientadas para esta temática.

O NAT, constituído por profissionais da CPL, I.P., do SICAD, da DICAD e dos Centros de Resposta Integrada (CRI) da ARSLVT, é responsável por:

- Coordenar, delinear e avaliar a intervenção;
- Dar suporte aos GR dos CED Tipos 1 e 2, através de formação, supervisão/acompanhamento e promoção de encontros entre os Grupos de Referência;
- Produzir e organizar a documentação necessária à intervenção;



- Articular recursos internos e externos à CPL, I.P. como forma de apoio ao projeto;
- Alinhar as diferentes propostas dos CED num quadro coerente ao nível técnico, metodológico e operacional, contribuindo para uma intervenção consistente e ajustada a cada realidade, assente em pressupostos teóricos.

Como forma de agilizar a intervenção ao nível da prevenção indicada/tratamento, cada CED será apoiado pela equipa do CRI da área geográfica onde se encontra, tal como se pode observar na figura abaixo. No entanto, caso seja do interesse da família da criança/jovem, este acompanhamento poderá ser realizado pela equipa do CRI da área de residência da mesma. Pretende-se através deste método dar apoio/suporte efetivo, adequado às necessidades e disponibilidade da criança/jovem e respetivo agregado familiar, tendo por base os princípios orientadores da intervenção previstos na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (Artigo 4.º da Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, republicada a 8 de setembro de 2015, através da lei 142/2015).



#### Grupo de Referência (GR) CED Tipos 1 e 2

Os GR de cada CED são constituídos por profissionais da CPL, I.P. e nesta vertente de ação são responsáveis por:

- Identificar as necessidades dos educandos, agentes socioeducativos, famílias e/ou da comunidade envolvente;
- Planear e implementar ações específicas no âmbito da prevenção dos CAD no que diz respeito à aplicação do Programa CSI e/ou dos guiões de procedimentos;
- Integrar/articular as atividades a desenvolver com os projetos existentes;
- Encaminhar situações específicas para serviços adequados à intervenção.

### *A3. Procedimentos / Instrumentos*

#### *Estratégias de Intervenção - Prevenção Seletiva*

Tal como referido anteriormente e ao nível da Prevenção Seletiva no âmbito dos CAD, a CPL, I.P. aposta na implementação do Programa CSI, Domínio OTC - Tema CAD através da dinamização de sessões do Manual CAD nos contextos educativo/formativo (CED Tipo 2) e de acolhimento residencial (CED Tipo 1). Na medida em que o Programa CSI trabalha um conjunto de componentes/competências transversais e essenciais ao desenvolvimento biopsicossocial das crianças/jovens (regulação emocional, tomada de decisão, resolução de problemas, comunicação, entre outras), o Manual CAD incide em duas componentes complementares e fundamentais à intervenção nesta área, nomeadamente: componente informativa e competências para lidar com as SPA e/ou outros CAD; e componente para lidar com a pressão e a tomada de decisão face às SPA e/ou outros CAD.

O Manual CAD constitui-se assim como o instrumento base do trabalho de promoção/desenvolvimento de competências a ser desenvolvido junto das crianças/jovens da CPL, I.P. nas sessões do Programa CSI no Domínio OTC - Tema CAD. Desta forma, os aplicadores do Programa CSI poderão intervir junto dos grupos de crianças/jovens em contextos de acolhimento residencial e/ou de respostas educativas e formativas, numa perspetiva estruturada, de continuidade e integradora das diferentes vertentes de ação a definir/implementar neste âmbito, de acordo com as necessidades/problemas identificados. O Manual assenta, por um lado, nos princípios de intervenção preventiva eficaz descritos na literatura e por outro lado, na análise e reflexão de programas de intervenção preventiva nacionais e internacionais.

A aplicação deste instrumento é da responsabilidade do par de aplicadores do Programa CSI dos CED Tipos 1 e 2. A implementação do Manual CAD pressupõe que os respetivos aplicadores sejam alvo de formação específica neste âmbito. Para tal, o módulo formativo relativo ao Manual CAD tem sido anualmente integrado no plano de formação previsto para os aplicadores do Programa CSI. Este Manual integra igualmente um protocolo de avaliação particular que pressupõe a aplicação de um questionário pré e pós teste a ser preenchido pelo grupo de crianças/jovens alvo das sessões CAD, permitindo desta forma a recolha de informações úteis à caracterização do mesmo nas seguintes dimensões:

- Conhecimento face aos CAD, de forma a avaliar mitos e crenças
- Expetativas positivas e negativas face aos CAD
- Perceção de consumo de SPA por parte dos amigos/pares;
- Frequência de uso de SPA (PLV, últimos 12 meses, nos últimos 30 dias);
- Perceção do risco associado aos diferentes CAD;

Nesta tipologia de intervenção o NAT dá suporte aos aplicadores do Programa CSI nas seguintes tarefas:

- Tratamento de dados dos questionários pré e pós teste aplicados às crianças/jovens e posterior devolução de resultados dos mesmos. Os dados recolhidos por via do pré teste serão igualmente úteis à preparação das sessões;
- Preparação/planeamento de sessões CAD com vista à sua adaptação tendo em conta o grupo de crianças/jovens que irão ser alvo do programa, bem como alinhamento de cronograma para execução das mesmas;
- Implementação de 2 sessões CAD, caso se revele necessário;
- Reflexão/avaliação do trabalho desenvolvido.

#### Estratégias de Intervenção - Prevenção Indicada

Ao nível da Prevenção Indicada no âmbito dos CAD, a CPL, I.P. construiu um guia prático que contempla um conjunto de estratégias de intervenção a adotar por parte da comunidade socioeducativa dos CED Tipos 1 e 2, de acordo com a dinâmica característica de cada uma destas respostas, cruzando com os princípios de prevenção preconizados pelo SICAD, pelo Observatório Europeu das Drogas e Toxicodependência (OEDT) e pelas Nações Unidas (United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC). Assim, e como forma de se desenvolver abordagens específicas de intervenção adaptadas aos contextos de ação da CPL, I.P., nomeadamente, meio escolar e acolhimento residencial, e dirigidas exclusivamente à população que os mesmos encerram, construíram-se dois guiões de procedimentos distintos para os CED Tipos 1 e 2, tendo, no entanto, como metodologia comum, as orientações para o diálogo assentes no paradigma da entrevista motivacional. A CPL, I.P., tendo em conta a sua missão, tem um papel fulcral na prevenção de fatores perturbadores do desenvolvimento das crianças/jovens que integra nas suas respostas, nos quais se incluem os CAD. Para cumprir esse papel implementa estratégias de intervenções preventivas que contribuem para a diminuição dos fatores de risco identificados e para a promoção de fatores de proteção. As intervenções a desenvolver junto das crianças/jovens assentam igualmente numa perspetiva integradora de diferentes práticas preconizadas nas REF e no AR, com recurso a dimensões-chave da abordagem preventiva, nomeadamente:

- Uso de medidas reparadoras;
- Adoção de regras claras e medidas reguladoras, consistentes e apropriadas à idade de cada criança/jovem, no que se refere aos CAD com e sem SPA;
- Perceção por parte da criança/jovem de que a Instituição reprova comportamentos aditivos e o uso/abuso de substâncias psicoativas;
- Envolvimento das crianças/jovens e de toda a comunidade socioeducativa na vivência dos CED.

Este Guião procura determinar estratégias de intervenção específicas, nas quais se incluem orientações para a abordagem junto de crianças/jovens e respetivas famílias, nas seguintes situações:

- Sinais de alerta – referentes a situação de suspeita de consumo e/ou de outros CAD;
- Consumo de Tabaco (fora e/ou dentro da resposta de acolhimento) – 1ª vez e reincidência;
- Posse para partilha, cedência e/ou venda de tabaco;
- Consumo de Álcool (fora e/ou dentro da resposta de acolhimento) – 1ª vez e reincidência;
- Posse para partilha, cedência e/ou venda de álcool;
- Consumo de substância psicoativa ilícita (fora e/ou dentro da resposta de acolhimento) – 1ª vez e reincidência;
- Posse de substância psicoativa ilícita;
- Tráfico de substância psicoativa ilícita;
- Outros CAD sem substância (Comportamento problemático evidente) - 1ª vez e reincidência.

Sabe-se que a adolescência é um período de desenvolvimento pautado por rápidas alterações físicas, psicológicas, sócio culturais e cognitivas, caracterizadas por esforços para confrontar e superar os desafios e para estabelecer uma identidade e autonomia. A adolescência é igualmente um período repleto de muitas ameaças à saúde e ao bem-estar dos adolescentes, muitos dos quais sofrem de substanciais incapacidades e diminuições (DiClemente, Hansen e Ponton, 1996). Os jovens integrados nas casas de acolhimento trazem consigo problemáticas expressivas dos maus-tratos e da vivência negligente a que foram sujeitos que, cruzando com os desafios característicos da adolescência, poderão constituir-se em fatores de risco que exigem cuidado acrescido por parte dos adultos na implementação de uma linha de intervenção terapêutica, consistente, previsível e integradora das componentes Educação/Formação, Saúde, Família, Comunidade. Neste sentido, torna-se fundamental a implementação de uma intervenção precoce que avalie o significado desses comportamentos para cada criança/jovem, ativando-se respostas consonantes com o nível de risco avaliado.

Os comportamentos aditivos tornam-se geralmente evidentes por observação direta de sinais de alerta, tais como:

- Alterações dos ritmos de vida;
- Desinteresse, desmotivação e apatia acentuada;
- Dificuldades inesperadas e acentuadas de atenção, concentração, memória e raciocínio;
- Faltas/atrasos frequentes na escola;
- Quebra do rendimento escolar;
- Frequentes indisposições e pedidos para sair da sala de aula;
- Frequentes “desculpas” sobre objetos “perdidos” ou “roubados”;

- Desinvestimento de atividades previamente frequentadas;
- Frequentes e insistentes pedidos de dinheiro;
- Gastos ou ganhos inexplicáveis de dinheiro;
- Isolamento e secretismo excessivos;
- Contacto/convívio com amigos consumidores;
- Mudanças bruscas de humor;
- Posse de mortalhas e filtros de cigarro.

Salienta-se ainda que muitos destes sinais podem ter origem no consumo de SPA e/ou outros CAD, podendo, no entanto, ter outras causas, sendo fundamental a reflexão multidisciplinar e holística da situação. A identificação de sinais de alerta pressupõe a sinalização do caso (suspeita ou confirmação de CAD), ponto de partida da intervenção a preconizar junto da criança/jovem. Desta forma, qualquer agente socioeducativo pode e é responsável por comunicar a situação de CAD com ou sem SPA através do preenchimento dos documentos institucionais previstos para o efeito (CED Tipo 1 - Comunicação de Ocorrência e Ficha de Suporte Registo CAD; CED Tipo 2 - Ficha de Sinalização e Ficha de Suporte Registo CAD). As estratégias de sinalização e ações subsequentes constam nos guiões de procedimentos dos CED Tipos 1 e 2, de acordo com o tipo de situação identificada.

Transversalmente às ações previstas nos guiões, sempre que os SSE sentirem necessidade de apoio na definição de estratégias de intervenção adequadas à especificidade da situação dos educandos, serão realizadas reuniões de discussão de caso com a presença do NAT, com vista à definição conjunta de um plano de abordagem adequado à problemática.

#### Estratégias de Intervenção - Prevenção Indicada/Tratamento

Na ausência de sucesso relativamente à implementação de estratégias internas de abordagem ao nível da prevenção indicada, privilegiando-se abordagens breves de carácter motivacional, poderá ser necessário, após avaliação da intervenção realizada, o encaminhamento do jovem para os serviços de saúde da área da Intervenção dos CAD no âmbito da Prevenção Indicada/Tratamento. A bibliografia existente nesta matéria aponta para a existência de uma zona de interseção entre estes dois níveis de ação, Prevenção Indicada *versus* Tratamento, distinguindo-se as mesmas através dos critérios de diagnóstico de dependência e, este último, com indicação para tratamento. Este dado reforça a importância de um acompanhamento/monitorização e avaliação muito próximos entre os elementos envolvidos na intervenção (jovem, famílias, NAT, GR, SSE), sendo condição fundamental, previamente ao encaminhamento do jovem para consultas de adolescentes especializadas em CAD, a realização de reunião de discussão de caso com o NAT, com o objetivo de se aferir em equipa a

adequabilidade desta proposta tendo em conta as estratégias de intervenção implementadas, o estágio motivacional do jovem face à sua problemática e adesão a um plano terapêutico. Será após este encaminhamento que se avalia a pertinência e/ou adequabilidade, em articulação com a equipa técnica da(s) consulta(s) de adolescentes da DICAD/ARSLVT, do encaminhamento para uma Comunidade Terapêutica.

A congruência das diferentes ações assume-se como um fator promotor de sucesso, proporcionando desta forma segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento integral dos educandos da CPL, I.P.

## *2. Experiência de Articulação entre a DICAD da ARS Norte IP e o Sistema de Promoção e Proteção à Infância e Juventude:*

Nos últimos anos, dada a emergência de novos fenómenos sociais associados a estilos de vida onde os consumos de substâncias e outros CAD são suscetíveis de desenvolverem dependência ou colocar em risco a saúde das populações juvenis, e na sequência dos objetivos operacionais na área da prevenção, verificou-se uma grande necessidade e um consequente investimento acrescido nas respostas de nível seletivo e indicado, focalizadas em grupos, indivíduos e contextos que apresentam risco acrescido relativamente às dependências e comportamentos aditivos.

Nesse sentido a DICAD da ARS Norte IP desenvolveu uma intervenção que visa garantir o acompanhamento a populações em risco, o apoio institucional e comunitário (nomeadamente através do apoio técnico, sensibilização e formação junto das instituições que lidam com jovens em risco/perigo) e da implementação e avaliação de programas preventivos de cariz seletivo em contexto comunitário.

Reforçamos como boa prática a adoção de uma perspetiva compreensiva e integrada, procurando intervir desenvolvendo respostas que interfiram sobre o maior número de fatores de risco e a diferentes níveis, potenciando, desta forma, as mudanças pretendidas. Assim, tem sido fundamental a organização de uma resposta verdadeiramente integrada e articulada de forma a melhor responder às necessidades da comunidade. A intervenção junto das crianças e jovens integradas no Sistema de Promoção e Proteção, nomeadamente da articulação da DICAD da ARS Norte IP com o Núcleo de Infância e Juventude (NIJ) do Centro Distrital do Porto do Instituto da Segurança Social, IP.

De forma a melhor responder às necessidades e aos desafios da população integrada no sistema de promoção e proteção, nomeadamente para lidar com as problemáticas inerentes à adolescência, onde se inclui a problemática dos comportamentos aditivos e dependências (CAD), a DICAD da ARS Norte IP e o Núcleo de Infância e Juventude (NIJ) do Centro Distrital do Porto do Instituto da Segurança Social, I.P., desenharam uma intervenção preventiva em CAD especificamente dirigida às Casas de Acolhimento e às ATT.

Esta intervenção tem procurado mobilizar diferentes recursos e meios comunitários promovendo a participação, a formação das diferentes instituições envolvidas nesta problemática complexa, com o objetivo de as implicar no desenvolvimento de estratégias e ações que se adequem e ajustem às necessidades específicas destes jovens e se pautem pelas normas e critérios de boas práticas existentes na área da Prevenção, construindo uma verdadeira rede relacional ao nível da intervenção preventiva.

A intervenção junto das equipas das CA e junto dos jovens que as integram tem vindo a ser uma realidade crescente, através da formação das equipas técnicas e educativas e da implementação de programas junto dos jovens, bem como a progressiva integração desta população nas nossas respostas de apoio terapêutico a crianças e jovens e apoio técnico às equipas que a acompanhem.

As Casas de Acolhimento constituem-se como estruturas de excelência para trabalhar ao nível da prevenção seletiva, dado acolherem crianças e jovens com importantes fatores de risco. Devem ser espaços promotores de aprendizagens ao nível dos comportamentos, valores e afetos, componentes necessárias para lidar adequadamente com os riscos do consumo de SPA. Os técnicos e educadores das CA, devido à sua proximidade e à sua função educativa, são adultos de referência para os jovens, com um papel fundamental na promoção do desenvolvimento, detendo ainda a possibilidade de implementar intervenções consistentes e focalizadas, fundamentais para o desenvolvimento de competências de vida.

Esta colaboração compreende a formação, reuniões de supervisão e reflexão e apoio técnico das ATT, Equipas Técnicas e Educativas e Direções das Casas de Acolhimento integradas no Centro Distrital do Porto do ISSS, que passaremos a descrever:

- A. O Núcleo de Infância e Juventude (NIJ) do Centro Distrital do Porto do Instituto da Segurança Social, I.P, promoveu formação sobre o Sistema de Promoção e Proteção junto dos técnicos da DICAD da ARS Norte IP.
- B. A DICAD da ARS Norte IP, desenvolve junto das ATT, particularmente as que trabalham as medidas em meio natural de vida e acolhimento institucional (CA e CAT):
  - ✓ Formação na área da prevenção dos comportamentos aditivos;
  - ✓ Supervisão clínica;
  - ✓ Apoio técnico e consultadoria;
- C) A DICAD da ARS Norte IP, promove regularmente junto das Equipas Técnicas e Educativas e Direções das Casas de Acolhimento:
  - ✓ Formação na área da prevenção dos comportamentos aditivos;
  - ✓ Apoio técnico e consultadoria;

- ✓ Formação no âmbito do Programa de Desenvolvimento de Competências Pessoais e Sociais “Eu e os Outros”;
- ✓ Acompanhamento e supervisão da implementação do Programa E&O com reuniões mensais ao longo do todo o ano letivo;
- ✓ Realização mensal de Grupos de reflexão e partilha que tem como objetivo promover a reflexão, avaliação e a partilha de procedimentos e metodologias adotadas de forma a melhorar a eficácia e a qualidade dos cuidados prestados.

A parceria entre o Núcleo de Infância e Juventude do Instituto da Segurança Social e a DICAD da ARS Norte teve início em 2015, com a formação dos técnicos do Núcleo de Infância e Juventude (NIJ) do Centro Distrital do Porto do Instituto da Segurança Social, I.P. Desde então são realizados 3 grupos de supervisão mensal com as Equipas das EMAT (Acolhimento Institucional e Meio Natural Vida).

Em 2015 iniciaram-se as ações de formação junto das equipas técnicas e educativas e direções das CA. Estas ações foram replicadas ao longo dos anos, até atingirem o universo de todas as Casas de Acolhimento que aceitaram este importante desafio, mantendo-se anualmente um ciclo formativo para novos técnicos e educadores.

Após a frequência desta ação de formação em CAD possibilitou-se a cada instituição a integração de técnicos e educadores na Formação de Aplicadores do Programa de Promoção de Competências Pessoais e Sociais “Eu e os Outros” e posterior acompanhamento na implementação realizada nas Casas de Acolhimento. Ao longo destes 4 anos mantem-se de forma regular um grupo de supervisão de aplicadores do Programa Eu e os Outros e realiza-se anualmente a Formação Base do Programa para novos aplicadores.

Em 2018 e a pedido das equipas técnicas e educativas iniciaram-se 3 Grupos de Reflexão e Partilha, que reúnem técnicos das várias Casas de Acolhimento, que tem vindo a reunir mensalmente para discussão e partilha de experiências e estratégias de intervenção.

A DICAD da ARS Norte IP articula de forma regular e integrada com:

- **Comissões de Proteção de Crianças e jovens**
  - ✓ Reuniões de articulação com os técnicos das CPCJ e encaminhamento para respostas assistenciais (PIAC e Consultas de Jovens);
  - ✓ Reuniões de acompanhamento de casos;
  - ✓ Apoio técnico e consultadoria.
- **Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais**
  - ✓ Reuniões de articulação com os técnicos das Equipas de apoio ao Tribunal da DGRSP e encaminhamento para respostas assistenciais (PIAC e Consultas de Jovens);
  - ✓ Colaboração nos Programas Adição.Sem e Taxa.Zero;



- ✓ Apoio técnico e consultadoria.
- **Tribunais de Família e Menores (juízes e magistrados do Ministério Público)**
- ✓ Reuniões de articulação e encaminhamento para respostas assistenciais (PIAC e Consultas de Prevenção Indicada);
- ✓ Apoio técnico e consultadoria.

A formação, apoio técnico e consultadoria aos técnicos e agentes educativos permitiu o estabelecimento de estratégias integradas, focalizadas e consistentes, de forma a potenciar os resultados desejados e criar sinergias que permitam que a comunidade se assuma como responsável pela inclusão, pela diminuição dos comportamentos de risco e pela promoção de estilos de vida saudáveis nos seus jovens, constituindo-se como uma verdadeira sociedade preventiva. Consideramos que esta articulação tem revelado excelentes resultados, permitindo a consolidação de práticas e de saberes entre os diferentes agentes preventivos, pelo que pretendemos continuar a alargar o âmbito da formação e da articulação junto dos vários atores do Sistema de Promoção e Proteção à Infância e Juventude.

## Anexo 8 – Interlocutores

<i>DICAD</i>	<i>Interlocutor</i>	<i>Contactos</i>
<i>ARS Norte I.P</i>	Andreia Ribeiro	andrea.ribeiro@arsnorte.min-saude.pt Tel. 220 411 627
<i>ARS Centro I.P</i>	Jorge Zacarias	JJZacarias@arscentro.min-saude.pt Tel. 239792055
<i>ARS LVT I.P</i>	Maria Elizabeth Alves Pereira	elizabeth.s.pereira@arslvt.min-saude.pt Tel. 218425153 Ext: 5024
<i>ARS Alentejo I.P</i>	Lina Alexandre	lina.alexandre@arsalentejo.min-saude.pt Tel. 245009070
<i>ARS Algarve I.P</i>	Conceição Barreto	

<i>ISS I.P</i>	<i>Interlocutor</i>	<i>Mail:</i>	<i>Morada:</i>
<i>Aveiro</i>	Cláudia Teixeira de Andrade, Diretora do Núcleo de Infância e Juventude	Claudia.M.Andrade@seg-social.pt Tel. 300519486	Rua Dr. Alberto Soares Machado   3804-504 Aveiro
<i>Beja</i>	Margarida Isabel Marçal, Diretora do Núcleo de Infância e Juventude	margarida.i.sampaio@seg-social.pt Tel. 300517221	Rua Prof. Bento de Jesus Caraça, n.º 25   7800-511 Beja
<i>Braga</i>	Ana Paula Cruz, Diretora do Núcleo de Infância e Juventude	Ana.F.Cruz@seg-social.pt Tel. 300522197	Praça da Justiça   4719-003 Braga
<i>Bragança</i>	Fernando Jorge Sequeira, Diretor do Núcleo de Infância e Juventude	fernando.j.sequeira@seg-social.pt Tel. 300516155	Avenida General Humberto Delgado   5301-859 Bragança
<i>Castelo Branco</i>	Maria de Lurdes Farromba, Diretora do Núcleo de Infância e Juventude	M.Lurdes.Farromba@seg-social.pt Tel. 300515174	Rua da Carapalha, n.º 2-A   6000-164 Castelo Branco
<i>Coimbra</i>	Maria Rosário Ataíde, Diretora do Núcleo de Infância e Juventude	m.rosario.ataide@seg-social.pt Tel. 300518406	Rua Abel Dias Urbano, n.º 2, R/C   3004-519 Coimbra
<i>Évora</i>	Maria Antónia Jorge, Diretora do Núcleo de Infância e Juventude	M.Antonia.Jorge@seg-social.pt Tel. 300517358	Rua Ferragial do Poço Novo, 22   7005 - 208 Évora

<i>ISS I.P</i>	<i>Interlocutor</i>	<i>Mail:</i>	<i>Morada:</i>
<i>Faro</i>	Cláudia Maria Vidal, Diretora do Núcleo de Infância e Juventude	claudia.m.bramao@seg-social.pt Tel. 300518995	Rua Pintor Carlos Porfírio, n.º 35   8000-241 Faro
<i>Guarda</i>	Ricardo Carlos Soares, Diretor do Núcleo de Infância e Juventude	ricardo.c.soares@seg-social.pt Tel 300515244	Avenida Coronel Orlindo de Carvalho   6300-680 Guarda
<i>Leiria</i>	Ana Maria Amaro, Diretora do Núcleo de Infância e Juventude	Ana.A.Amaro@seg-social.pt Tel. 300517767	Largo da República, n.º 3   2414 - 001 Leiria
<i>Lisboa</i>	Teresa Henriques, Diretora do Núcleo de Infância e Juventude	teresa.f.henriques@seg-social.pt Tel, 300511740	Av.º 5 de Outubro, n.º 175   1069-451 Lisboa
<i>Portalegre</i>	Carla Cebola Ferreira, Diretora do Núcleo de Infância e Juventude	Carla.M.Ferreira@seg-social.pt Tel. 300516804	Praça João Paulo II, n.º 7   7300-111 Portalegre
<i>Porto</i>	Maria Manuela Silva, Diretora do Núcleo de Infância e Juventude	manuela.g.silva@seg-social.pt Tel. 300520337	Rua António Patrício, n.º 262, 11.º   4199-001 Porto
<i>Santarém</i>	Maria Margarida Ponte, Diretora do Núcleo de Infância e Juventude	m.margarida.ponte@seg-social.pt Tel. 300514433	Largo do Milagre, 49-51 I 2000-069 Santarém
<i>Setúbal</i>	Joaquina Maria Antunes, Diretora do Núcleo de Infância e Juventude	joaquina.m.antunes@seg-social.pt Tel. 300513813	Praça da República   2900-587 Setúbal
<i>Viana do Castelo</i>	Renata Filipa Felgueiras, Diretora do Núcleo de Infância e Juventude	renata.f.felgueiras@seg-social.pt Tel. 300516668	Rua da Bandeira, 600   4904-866 Viana do Castelo
<i>Vila Real</i>	Ana Bela Machado Costa, Diretora do Núcleo de Infância e Juventude	Ana.B.Rocadas@seg-social.pt Tel. 300522527	Rua D. Pedro de Castro, n.º 110, Apartado 208   5000-669 Vila Real
<i>Viseu</i>	Célia Maria Ferreira, Diretora do Núcleo de Infância e Juventude	celia.m.ferreira@seg-social.pt Tel. 300515973	Avenida Dr. António José Almeida, n.º 35   3514-509 Viseu

**Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, SICAD**  
*General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies*  
Tel: +351 211 119 000 | E-mail: [sicad@sicad.min-saude.pt](mailto:sicad@sicad.min-saude.pt) | [www.sicad.pt](http://www.sicad.pt)

