



# LINHAS ORIENTADORAS «CONSULTAS DE ADOLESCENTES E JOVENS NO ÂMBITO DOS CAD»



<b>Assunto</b>	Linhas Orientadoras para as consultas de adolescentes e jovens no âmbito da prevenção indicada/intervenção precoce
<b>A QUEM SE DESTINA</b>	Técnicos das UIL-CAD que coordenam e/ou intervêm no âmbito das consultas de adolescentes/jovens em CAD
<b>PALAVRAS-CHAVE</b>	Adolescentes/jovens, Prevenção Indicada, Intervenção precoce
<b>FORMATO</b>	PDF e e-book

## FICHA TÉCNICA

### TÍTULO

Linhas Orientadoras Consultas de Adolescentes/Jovens no âmbito dos CAD

### AUTORIA

ICAD.IP - DII

### COORDENAÇÃO

COORDENAÇÃO DO DOCUMENTO: Andreia Ribeiro (URCI) e Carla Frazão (UPPS)

### COLABORAÇÃO

Este documento foi elaborado por um grupo de trabalho constituído pelos seguintes técnicos e respetivas UIL-CAD:

- Carla Andrade e Luísa Pereira do CRI Lisboa Ocidental;
- Célia Santos do CRI Península de Setúbal,
- Mafalda Figueiredo do CRI do Baixo Alentejo,
- Margarida Pinto e Susana Pinto do CRI do Algarve,
- Mónica Nunes do CRI Lisboa Oriental,
- Rute Gomes CRI Centro das Taipas/UAL - Projeto Corda Bamba,
- Sofia Nunes do CRI do Ribatejo,
- Sónia Costa do CRI do Porto Central,
- Tânia Mingacho do CRI de Castelo Branco.

### GRAFISMO

ICAD, IP / Gabinete de Tecnologias e Sistemas de Informação

### EDITOR

ICAD, IP, Lisboa 2025.

**ISBN:** 978-989-36639-2-9

**DOI:** <https://doi.org/10.71665/q4vz-3h44>

**LINHAS ORIENTADORAS  
«CONSULTAS DE  
ADOLESCENTES/ JOVENS NO  
ÂMBITO DOS CAD»**



# ÍNDICE

Introdução	8
Enquadramento Institucional ICAD, I.P.	9
Pressupostos Teóricos	10
Prevenção Indicada e Intervenção Precoce	16
Modelo de Intervenção	19
Objetivos	19
População-Alvo: Critérios de Referenciação	19
Rede de Referenciação - Articulação Intra e Interinstitucional	20
Equipas Técnicas	21
Espaço de Atendimento	22
Abordagens Terapêuticas	22
Orientações para a Prática Clínica	23
Protocolo de Consentimento Informado	23
Articulação Interinstitucional	24
Orientações para a Avaliação Clínica Formal	25
Procedimentos de Despiste e de Detecção Precoce	25
Encaminhamento entre Consultas de Adolescentes e Jovens	26
Encaminhamento para Equipas Técnicas de Tratamento	26
Comunidades Terapêuticas	26
Formação/Supervisão	27
Considerações Finais	28
Glossário e acrónimos	30
Recursos e fontes	31
Bibliografia Consultada	32

Anexos \_\_\_\_\_ 34

Anexo 1 – Fluxograma da Rede de Referência de Adolescentes e Jovens com Problemas Ligados aos CAD \_ 34

Anexo 2 - Ficha de Referência Consulta de Adolescentes e Jovens \_\_\_\_\_ 34

Anexo 3 - Protocolo de Consentimento Informado Acompanhamento de Adolescentes e Jovens em CAD\_\_\_34

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Âmbito de abrangência do PNRCAD-2030 - Fonte: SICAD, 2024	7
Figura 2. Organograma ICAD.IP	8
Figura 3. Mapa Nacional das Consultas de Adolescentes/Jovens em CAD	8
Figura 4. Níveis de Intervenção em CAD, adaptado de EMCDDA (2009)	15
Figura 5. Níveis de Intervenção Preventiva e Intervenção Precoce	16

# INTRODUÇÃO

As intervenções ao nível da promoção da saúde e prevenção dos Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD) junto de adolescentes e jovens têm tido, por parte dos serviços especializados, um crescente investimento ao longo dos últimos anos, tendo em conta que a intervenção precoce pode prevenir ou reduzir a probabilidade de desenvolvimento de perturbações ao nível da saúde mental, segundo a evidência científica que norteia as diretivas internacionais em saúde (EMCDDA, 2011, 2019).

As crescentes diversificações destes problemas, bem como a sua complexificação, colocam novos desafios na organização dos serviços para lhes responder.

Tendo em consideração esses princípios, e constatando a existência de um crescente número de adolescentes e jovens com fatores e comportamentos de risco frequentemente associados aos CAD, e a diversificação destes mesmos CAD junto desta população (relacionados não só com os desafios colocados pelas novas tecnologias, mas também com o surgir de novos padrões de consumo de álcool e cannabis), os serviços têm vindo a desenvolver e implementar respostas especializadas para adolescentes e jovens no âmbito da Prevenção Indicada e da Intervenção Precoce.

Face à grande diversidade na intervenção e, conseqüentemente, às diferentes práticas locais (ao nível dos seus espaços físicos, dos recursos humanos e dos procedimentos), reveste-se da maior importância enquadrar estas respostas conceptualmente, de forma a permitir uma maior

harmonização e integração na Rede de Cuidados no âmbito dos CAD a nível nacional.

Pretende-se assim, com este documento, dar resposta a dois importantes objetivos: elaborar uma conceptualização comum das respostas assistenciais ao nível da Prevenção Indicada e Intervenção Precoce, e promover a harmonização das suas boas práticas e procedimentos.

Este documento baseia-se no documento produzido e divulgado pela DICAD da ARS Norte, IP, em 2022, denominado “Boas Práticas para a Intervenção nas Consultas de Jovens da DICAD, da ARS Norte, I.P.” elaborado por: Andreia Ribeiro, Iolanda Martins, Paula Carvalho, Paulo Lorga, Paula Gonzalez e Rui Guimarães; bem como nos documentos enviados pelas diferentes UIL que integraram o Grupo de Trabalho de “Prevenção Indicada e Intervenção Precoce” coordenado pelo Departamento de Intervenção Integrada (DII).

Este grupo de trabalho teve início em 2025 e pretende harmonizar a intervenção realizada pelas UIL no âmbito das Consultas de Adolescentes e Jovens em CAD. A elaboração deste documento visa assim:

- Partilhar o pensamento e a prática dos profissionais que intervêm neste domínio;
- Conhecer as diferentes respostas de atendimento a adolescentes e jovens implementadas no território nacional;
- Promover a harmonização destas respostas, ao nível dos seus procedimentos, metodologias de avaliação diagnóstica, intervenção disponibilizada e respetiva avaliação.

AS UIL que integraram este grupo foram: CRI do Algarve, CRI Lisboa Ocidental; CRI Lisboa Oriental, CRI Península de Setúbal, CRI do Baixo Alentejo, CRI

Centro das Taipas/UAL - Projeto Corda Bamba, CRI do Ribatejo, CRI do Porto Central, CRI de Castelo Branco.

## ENQUADRAMENTO INSTITUCIONAL ICAD, I.P.

Os comportamentos aditivos e dependências (CAD) são um fenómeno complexo do ponto de vista social e de saúde pública que contempla milhões de pessoas em todo o mundo, com consequências que, quando nefastas, não se refletem apenas nos sujeitos que o protagonizam, mas também nas suas famílias e comunidades, gerando enormes custos e danos para a saúde pública, ambiente, produtividade no trabalho, entre outros. Representam também, em termos de segurança, ameaças que estão associadas à violência, à criminalidade e à corrupção (SICAD 2024, pág. 11).

No âmbito do PNRCAD 2030 (SICAD, 2024, pág 16), foram determinantes para as orientações estratégicas os seguintes pressupostos:

- O reconhecimento de que a problemática dos CAD não se limita às questões da saúde, tratando-se de um fenómeno biopsicossocial, multidimensional, que envolve uma diversidade de situações e implica o envolvimento e cooperação entre todos os sectores das diferentes áreas governamentais, das entidades públicas e da sociedade civil, trabalhando lado a lado para objetivos comuns;
- A importância da existência de orientações claras e específicas para esta área, e da necessidade de promover a perceção do risco e a prevenção dos comportamentos aditivos, reduzindo os riscos e tratando as dependências e suas consequências, sem nunca abandonar as pessoas, independentemente do contexto em que se encontrem, do tipo de substância e grau de dependência, promovendo a sua reinserção;

- A experiência comprovada da eficácia do modelo de intervenção integrada na resposta à redução dos CAD, mas também a necessidade de investimento na adaptação aos novos desafios, e a certeza de que a articulação e cooperação interinstitucional, nacional e internacional, são fundamentais e constituem o garante da implementação eficaz de um plano elaborado para uma problemática desta natureza.

O âmbito de abrangência do PNRCAD-2030 são os CAD (ver figura 1), tendo em conta os novos desafios que se colocam nesta área e também o princípio base deste plano, que é a centralidade no cidadão. Estão incluídos no conceito de CAD:

- o uso de substâncias psicoativas (SPA) ilícitas e de novas SPA;
- o uso de SPA lícitas, como o álcool, o tabaco ou os medicamentos;
- padrões comportamentais excessivos associados a práticas de jogo, a dinheiro ou não;
- o uso problemático de Internet;
- e outros comportamentos potencialmente aditivos, que possam ter a possibilidade de virem a ser consagrados como tal nas classificações de doenças, atendendo à evolução dos consumos e adições comportamentais verificadas.

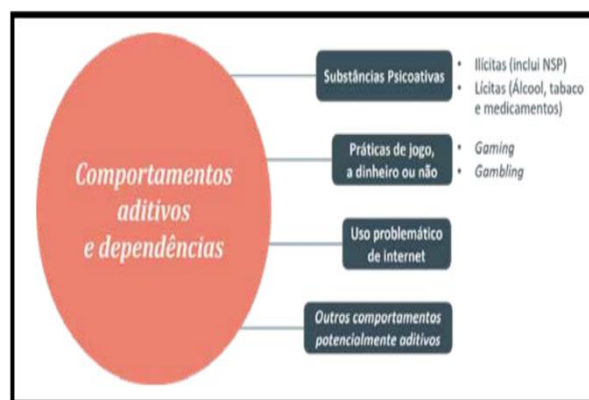


Figura 1. Âmbito de abrangência do PNRCAD-2030  
Fonte: SICAD, 2024

Em termos de organograma atual, o ICAD.IP estrutura-se da seguinte forma:

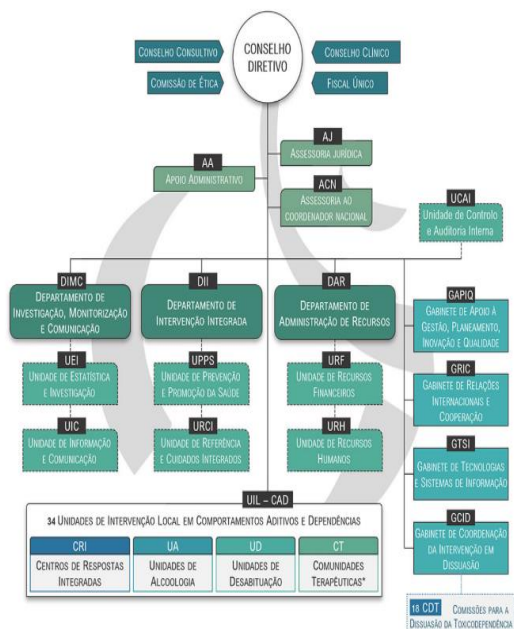


Figura 2. Organograma ICAD.IP

As Consultas de Adolescentes e Jovens em CAD são desenvolvidas pelas UIL no seu território, existindo 37 a nível nacional, em espaço exclusivamente dirigido a adolescentes e jovens.

Nos territórios onde ainda não existem espaços exclusivamente destinados a Adolescentes e Jovens, o atendimento é feito no espaço físico das Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento, numa lógica de prevenção indicada/intervenção precoce e, geralmente, num horário exclusivo para os adolescentes/jovens e suas famílias (vide link da divulgação das Equipas de Tratamento a nível nacional (vide link da divulgação das Equipas de Tratamento a nível nacional - <https://www.icad.pt/SupportStructure/Index/26?languageId=1>)).”

O mapa seguinte apresenta a distribuição nacional relativa às 37 Consultas de Adolescentes e Jovens em CAD (2025):



Figura 3. Mapa Nacional das Consultas de Adolescentes/Jovens em CAD

## PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Os adolescentes e jovens devem ser reconhecidos como cidadãos com os seus próprios interesses e direitos, e devem ser tratados como agentes ativos da sociedade, e não recetores passivos de cuidados, bem como a necessidade de garantir o acesso a cuidados de saúde de alta qualidade, incluindo serviços de saúde mental, são direitos plenamente consagrados na Convenção sobre os Direitos da Criança, sendo o direito à saúde um direito fundamental (Comité Português para a UNICEF, 2024).

A saúde mental da Infância e da Adolescência integra-se no contexto mais alargado da saúde e bem-estar, no qual a saúde mental e física são interdependentes. Os problemas de saúde mental resultam de uma interação complexa entre a criança/ adolescente, a família e o meio sociocultural em que estão inseridos.

Existem múltiplas razões para se investir no desenvolvimento de intervenções eficazes junto de crianças e adolescentes, já que as perturbações desta faixa etária acarretam graves prejuízos não só aos indivíduos, mas também à sociedade.

A Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (CNPSM), em 2023, identificou a intervenção precoce e prevenção ao nível da infância e da adolescência como objetivos primordiais ao nível da saúde mental, reforçando a importância da disponibilização de intervenções e respostas no âmbito da promoção da saúde mental.

Os programas que contemplam as diferentes etapas do desenvolvimento individual e familiar constituem campos prioritários de intervenção nas políticas de Saúde Mental. A especificidade das intervenções junto de crianças, jovens e suas famílias implica a necessidade de ter em atenção os diferentes níveis de atuação, e convoca para opções estratégicas de estabelecimento de parcerias com as áreas da Educação Segurança Social, Justiça e Ambiente.

Tendo em conta a elevada prevalência das perturbações mentais associada a uma alta taxa de comorbilidade e o aumento do número e gravidade dos casos, tem-se assistido, em Portugal, na última década, a um aumento da procura de serviços especializados de saúde mental da infância e adolescência, quer ao nível da consulta de ambulatório, quer ao nível do serviço de urgência, bem como a um aumento da gravidade dos quadros clínicos apresentados nesta faixa etária sublinham a necessidade urgente de investimento na prevenção, intervenção precoce e da expansão de serviços especializados para a saúde mental de crianças e adolescentes em Portugal.

Na idade pré-escolar e escolar assume particular importância o diagnóstico e a intervenção em patologias com impacto no desempenho escolar, como as perturbações de hiperatividade com défice de atenção, as perturbações de oposição, ou as problemáticas do foro ansioso e depressivo. O trabalho de articulação com a escola é fundamental nesta etapa.

Na adolescência, as problemáticas da ansiedade, da depressão, do risco suicidário e de outros comportamentos de risco têm uma prevalência significativa. As perturbações do comportamento assumem uma maior gravidade. Quando o processo de desenvolvimento não ocorre de forma adequada, podem surgir conflitos que colocam o adolescente em situações de risco, como é exemplo a adoção de comportamentos aditivos com e sem substância, requerendo novas especificidades ao nível da avaliação e intervenção.

Independentemente da perspetiva teórica utilizada para a sua compreensão, os CAD são expressões comportamentais e, como tal possuem, em si mesmo, determinadas funções (forma de expressão, meio de

comunicação, sintoma, estratégia interativa, mecanismo de adaptação e mecanismo de defesa), especialmente quando presentes em idades em que os indivíduos, por se encontrarem em pleno processo de desenvolvimento, ainda não possuem outras formas de lidar e expressar conteúdos afetivos e emocionais significativos.

Esta concepção remete para a necessidade de ter uma visão compreensiva e integrada do fenómeno, já que o comportamento nunca pode ser visto de forma separada da respetiva representação psíquica que o determina e é sempre um prolongamento visível do estado mental e por isso merece leitura mais profunda que tente a compreensão da mensagem para atingir as verdadeiras origens de determinados problemas, para assim os resolver ou minorar. Ainda mais em personalidades em formação em que o meio desempenha um papel fundamental para a sua organização e onde por insuficiente capacidade de mentalização o comportamento assume uma importância primordial.

Como atrás referido, os comportamentos aditivos aparecem muitas vezes associados ao período do fim da infância e início da adolescência (Curriculum Europeu de Prevenção, 2019- EUDA). Este processo não tem uma explicação simples, sendo muitas vezes fruto de decisões influenciadas por fatores internos (psicológicos e/ou biológicos) e externos (ambientais e/ou sociais). A vulnerabilidade ao risco ou o risco a que o indivíduo está exposto pode resultar da influência mútua entre características pessoais e ambientais, traduzindo-se pela interação estabelecida entre os fatores de risco e de proteção.

São diversas as teorias explicativas para o desenvolvimento de comportamentos aditivos, mas iremos aprofundar as **teorias dos múltiplos fatores de risco**, que salientam a influência das características

pessoais (biológicas e psicológicas), dos fatores do ambiente familiar, fatores do grupo de pares e características do contexto social mais amplo onde o jovem está inserido na etiologia e manutenção do abuso de substâncias psicoativas (Carr, 2014).

Os fatores de risco são influências negativas, que se traduzem por características individuais (psicológicas), ambientais ou sociais (família, escola e comunidade), que aumentam a probabilidade de resultados negativos. Estes efeitos incluem o uso de substâncias psicoativas e a utilização problemática da internet, e podem variar de acordo com a idade em termos da sua natureza e influência.

Os fatores de proteção são aqueles que reduzem a vulnerabilidade dos indivíduos, representando características que amortecem o impacto dos fatores de risco.

#### **Exemplos de Fatores Protetores:**

- **Individuais:** capacidade de autorregulação;
- **Familiar:** vínculo com os cuidadores;
- **Escolar:** desenvolvimento de competências sociais (tomada de decisão e resolução de problemas) e envolvimento educacional;
- **Comunitário:** qualidade na educação e outros fatores relacionados com a escola e normas comunitárias positivas.

Intervenções preventivas eficazes devem visar a promoção dos fatores de proteção e intervir nos fatores de risco, sempre que possível, antes do início dos comportamentos de risco.

Como resultado da teoria dos múltiplos fatores de risco, acima referida, surge a indicação de que os programas de intervenção e prevenção devem ter como alvo os fatores biológicos, psicológicos, familiares e sociais que mantêm o abuso de substâncias.

No que concerne à intervenção preventiva, sugere-se que os programas multissistêmicos, que têm como alvo mais do que um dos contextos de risco, são os mais eficazes (Cornack & Carr, 2000; Rowe & Liddle, 2003 citados por Carr, 2014).

De acordo com o mesmo autor, existe um conjunto de fatores pessoais e contextuais que constituem os **Fatores de Risco predisponentes** aos CAD.

### Fatores predisponentes

Pessoais:	Contextuais:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas comportamentais ou emocionais pré-existentes;</li> <li>• Dificuldades específicas da aprendizagem;</li> <li>• Problemas de atenção e dificuldades acadêmicas;</li> <li>• Propensão para comportamentos de risco;</li> <li>• Atitudes e valores positivos em relação de utilização de substâncias psicoativas;</li> <li>• Temperamento difícil;</li> <li>• Baixa autoestima;</li> <li>• Locus de controle externo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relacionamento “pobre” com os pais;</li> <li>• Problemas de vinculação ou estilo parental desadequado;</li> <li>• Reduzida supervisão parental;</li> <li>• Disciplina inconsistente;</li> <li>• Abuso de substâncias psicoativas por parte dos progenitores;</li> <li>• Desorganização familiar (regras, papéis e rotinas pouco claros).</li> </ul>

Os problemas prematuros de vida podem igualmente tornar o jovem mais vulnerável ao desenvolvimento de problemas relacionados com os CAD, incluindo experiências abusivas, perdas, separação, pobreza/desvantagem social e educação em contexto institucional.

Os **Fatores Precipitantes** têm um papel na continuidade, progressão para um comportamento

mais intenso e de maior gravidade (ex. do uso ao abuso, do abuso à dependência, ou policonsumo), e dependem da existência de fatores de risco predisponentes.

### Fatores precipitantes, na presença dos fatores de risco predisponentes

- Disponibilidade de substâncias psicoativas/do objeto da dependência na UPI;
- Vontade pessoal, curiosidade, desejo de experimentar, de ceder;
- Necessidade de controlar estados de humor negativos (que poderão ser resposta a acontecimentos de vida problemáticos recentes);
- Inclusão em grupo de pares desviante/ de risco;
- Desenvolvimento de crenças e valores que favorecem a adoção de comportamentos aditivos.

Quando está estabelecido um padrão problemático de uso (de substâncias, de internet, de jogo, etc.), este poderá ser mantido se existirem **fatores de manutenção pessoais e contextuais** que o reforcem.

## Fatores de Manutenção

Pessoais:	Contextuais:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existência de relação problemática ou dependência (física e/ou psicológica);</li> <li>• Necessidade de regular estados de humor negativos (humor depressivo ou ansiedade) que emergem de complicações (físicas, económicas, psicossociais) resultantes deste comportamento aditivo;</li> <li>• Crenças positivas acerca das substâncias/jogo;</li> <li>• Necessidade de correr riscos;</li> <li>• Baixa autoeficácia;</li> <li>• Imaturidade (negação da severidade do problema);</li> <li>• Grau de dependência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelos parentais de abuso ou expressão de atitudes positivas acerca do mesmo;</li> <li>• Falta de supervisão parental adequada ou proibição consistente de determinados comportamentos;</li> <li>• Suporte social limitado, com elevados níveis de stress e desvantagem social no sistema familiar alargado;</li> <li>• Instituições educativas com pouco tempo para dedicar à ligação casa-escola ou supervisionar de perto o jovem (cuidados despersonalizados);</li> <li>• Vinculação a grupo de pares desviantes com comportamentos aditivos e atitudes positivas em relação aos mesmos;</li> <li>• Falta de coordenação e comunicação clara entre os profissionais envolvidos na intervenção (membros da rede podem fornecer pareceres contraditórios ao jovem e sua família);</li> <li>• Problemas de cooperação entre as famílias e as equipas de intervenção (negação de problema, adequabilidade da intervenção, sensibilidade para crenças e valores da família).</li> </ul>

A probabilidade de um programa/intervenção ser eficaz é influenciada por **fatores protetores pessoais e contextuais**. São os fatores protetores que

habitualmente servem de base à mudança terapêutica.

## Fatores Protetores

Pessoais:	Contextuais:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elevada capacidade cognitiva;</li> <li>• Temperamento fácil;</li> <li>• Elevada autoestima e autoeficácia;</li> <li>• Locus de controle interno;</li> <li>• Estilo atribucional otimista;</li> <li>• Mecanismos de defesa maduros e estratégias de coping funcionais;</li> <li>• Boas competências de resolução de problemas;</li> <li>• Capacidade para criar e manter relacionamentos (vínculo com pares não desviantes).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vinculação segura entre subsistema parental e filial;</li> <li>• Práticas parentais orientadoras;</li> <li>• Estrutura familiar flexível, com comunicação clara, regras e limites;</li> <li>• Partilha de tarefas de supervisão e cuidados aos filhos pelos progenitores;</li> <li>• Indisponibilidade de substâncias psicoativas;</li> <li>• Elevado nível de suporte social;</li> <li>• Baixos níveis de stress.</li> </ul>

Embora os estudos realizados ao nível dos fatores de risco e de proteção em CAD historicamente se baseassem no consumo de substâncias psicoativas, a evidência científica tem demonstrado que estes mesmos fatores se encontram na génese dos comportamentos aditivos sem substância.

Relativamente ao **desenvolvimento de Utilização Problemática de Internet (UPI)**, vários estudos recentes indicam que os indivíduos com **personalidades internalizantes** (baixa autoestima, introversão e ansiedade social) estão em maior risco para desenvolver esta problemática. No mundo virtual o indivíduo pode encontrar uma falsa sensação de afeto, de inclusão social e de pertença (Patrão, 2017). A teoria da **utilização compensatória da internet** é amplamente apoiada: indivíduos com ansiedade social usam a internet como um substituto para

interações sociais offline, o que pode agravar os sintomas de ansiedade social e levar à UPI. A autora refere ainda que, por outro lado, as **personalidades externalizantes** (impulsividade, baixa tolerância à frustração, tendência para o aborrecimento, baixo autocontrole, procura de emoções fortes e de satisfação imediata), estão presentes em jovens com vários comportamentos de risco, são também frequentemente observadas em jovens com UPI.

A evidência científica disponível aponta para riscos não negligenciáveis associados ao uso indevido de ecrãs e tecnologia digital ao longo das várias etapas da idade pediátrica. Salienta-se que é particularmente nociva a exposição precoce à tecnologia digital quando os conteúdos são selecionados de forma autónoma e, muitas vezes, aleatória (ex. YouTube, TikTok, Instagram), sem interação com o adulto, sem filtros de segurança, conteúdos pouco didáticos e sem respeitar limites de tempo ajustados à idade (Recomendações da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria para a utilização de ecrãs e tecnologia digital em idade pediátrica, 2024).

A investigadora do ISPA, Ivone Patrão (2023) delineou um **perfil do utilizador de internet que exhibe maior dependência online**:

- Jovens entre os 16 e 21 anos de idade, do sexo masculino, com frequência do ensino secundário
- Rendimento escolar – alunos com notas negativas
- Não pratica exercício físico e não tem nenhum relacionamento amoroso;
- Iniciou a atividade online aos 8 anos
- Utiliza ecrãs durante a noite (adormece com a tecnologia; dorme com a tecnologia durante a noite)
- Está mais de 6h por dia online
- Faz refeições/*snacks* quando está *online*;

- Está online nas refeições em família
- Joga *online*
- Retira tempo a outras atividades *offline* para estar mais tempo *online* (estar na Internet tira tempo para: estar com a família, socializar, para estudar, para dormir, para namorar, para fazer exercício físico, para realizar atividades lúdicas)
- Envia e recebe *Nudes*, *Sexting*; Pratica *Sexting*
- Apresenta alterações de sono e no humor
- *Cyberbullying* – vítima e/ou agressor
- Tem mais episódios de desconforto online
- Não fala com ninguém perante situações de desconforto online
- Phubbing – vítima ou phubber (ignorar outra(s) pessoa(s) em situações sociais através da utilização de tecnologias
- Ghosting – vítima e Ghost (término repentino de um relacionamento com uma pessoa sem qualquer explicação ou aviso)
  - (Fonte: <https://www.ispa.pt/agenda/noticias/teste-online-do-ispa-avalia-risco-de-dependencia-da-internet-nos-jovens/>)

A **nível familiar**, estão associados ao UPI a falta de coesão, padrões de comunicação disfuncionais, baixo envolvimento emocional, abuso ou negligência e um padrão de vinculação inseguro ou desorganizado.

O baixo envolvimento escolar e associação a pares desviantes são **fatores ambientais** preditores de maior probabilidade de desenvolver UPI.

Tendo em conta que na adolescência o pensamento crítico, a capacidade de planeamento, e a gestão de limites se encontram ainda em desenvolvimento, existe uma maior probabilidade de a utilização (seja de substâncias psicoativas ou da internet) se constituir como mais problemática quanto menor for a idade de iniciação. De igual modo, quanto maior a

disponibilidade (da substância ou da internet), maior a probabilidade de o seu uso se tornar problemático.

O UPI tem uma forte correlação com o uso de substâncias (em associação). Em 2014, Ko e colegas demonstraram que a “urgência” do uso de internet e o consumo de substância psicoativas ativavam as mesmas áreas cerebrais (citados por Patrão, 2017).

De igual modo, os indivíduos com UPI e os indivíduos com diagnóstico de Perturbação por Uso de Substâncias (PUS), apresentaram pontuações elevadas na procura de novas sensações, de recompensa e associação com existência de fatores emocionais e situacionais relacionados com emoções negativas ou stress associado a obrigações sociais e laborais. Vários autores sugerem que a UPI representa um mecanismo de *coping* usado de forma semelhante a automedicação com ingestão de álcool ou outras substâncias psicoativas.

Batista (2019), no estudo *Perturbação do jogo pela internet em adolescentes; diferenças entre 3 níveis de adição*, verificou que quanto mais adição os adolescentes apresentam, maior será o impacto negativo a nível da sua saúde mental, ou seja, maiores serão os seus níveis de depressão, ansiedade, stress, insónia, isolamento e agressividade, e menor será a sua autoestima e os seus níveis de autocontrolo.

Em suma, a moldura dos múltiplos fatores de risco continua a ser o pilar para entender os comportamentos aditivos. No entanto a compreensão de cada um desses fatores, a forma como interagem entre si e a incorporação de novos conhecimentos neurobiológicos e genéticos, bem como a inclusão de novos comportamentos aditivos (sem substância) é fundamental. Esta perspetiva multifacetada continua a guiar as estratégias de intervenção mais eficazes.

## PREVENÇÃO INDICADA E INTERVENÇÃO PRECOCE

A prevenção e a promoção da saúde mental devem contemplar a avaliação dos fatores protetores/indicadores positivos para além dos fatores de risco e indicadores de doença mental, sendo as estratégias preventivas destinadas à população geral, a subgrupos e a indivíduos, com aplicação nos domínios individual e grupal desenvolvidas em diferentes contextos, conforme referido pelo SICAD (2013) nas *Linhas de Orientação à Intervenção Preventiva nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências*.

Segundo EMCDDA (2009), citando o modelo preconizado pelo Institute of Medicine (IOM), a intervenção em CAD é definida num continuum global de cuidados de saúde, tendo por base a promoção, a prevenção (universal, seletiva e indicada), o tratamento e a manutenção.

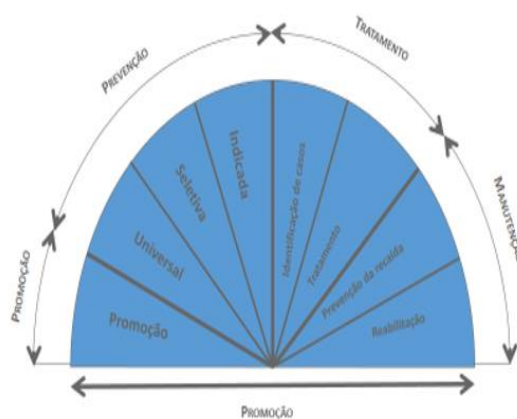


Figura 4. Níveis de Intervenção em CAD, adaptado de EMCDDA (2009)

Becoña (2002) refere, citando Gordon, (1987) que a conceptualização e desenho da intervenção preventiva atualmente tem por base os modelos compreensivos e de influência social, centrados na avaliação da vulnerabilidade e do risco de ocorrência de uma doença, operacionalizando-se em três níveis de intervenção;

**Prevenção Universal**, dirigida à população em geral sem a prévia análise do risco individual;

**Prevenção Seletiva**, dirigida a subgrupos ou segmentos da população geral com características específicas, identificadas como de risco para o consumo de substâncias;

**Prevenção Indicada**, dirigida a indivíduos com comportamentos de risco, que exibem sinais de uso de substâncias psicoativas ou que apresentam outros comportamentos de risco ou problemáticas de dimensão subclínica.

Para além destes, tem vindo a ser desenvolvida numa outra abordagem conceptual a **Prevenção Ambiental**, transversal aos diferentes níveis de risco, desenvolvida paralelamente, cujo enfoque se dirige à definição de estratégias globais que possam interferir ao nível da sociedade e dos sistemas sociais. Estas estratégias visam mudar os ambientes culturais, sociais, físicos e económicos em que as pessoas fazem escolhas sobre o uso de substâncias psicoativas (SICAD, 2013) em *Linhas de Orientação à Intervenção Preventiva nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências*.

Neste âmbito, inserem-se medidas legislativas nacionais e internacionais relativas ao consumo e venda de substâncias psicoativas ilícitas e lícitas, como, por exemplo, a taxação fiscal de produtos como o álcool e o tabaco, a exposição a mensagens publicitárias, o controlo da idade de venda dos mesmos, ou ainda medidas em contextos particulares,

como o meio escolar, que regulamentam o seu uso para toda a comunidade escolar (alunos, professores, profissionais e responsáveis pelos alunos) (EMCDDA, 2011 citado por SICAD, 2013) em *Linhas de Orientação à Intervenção Preventiva nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências*.

A definição do nível operacional de intervenção é determinada em função dos indicadores de risco que, na prevenção seletiva, são de natureza grupal e mais inespecífica, i.e., correlacionados com variáveis mediadoras do abuso de substâncias, e na prevenção indicada são de natureza individual (por ex: insucesso escolar, envolvimento com a justiça, problemas de saúde ou de saúde mental, violência e agressão, uso de substâncias psicoativas, binge drinking, ou outros comportamentos aditivos).

A prevenção indicada, de acordo com o IOM, citado por EMCDDA (2009), dirige-se a indivíduos que evidenciem sinais e sintomas precoces ligados às dependências e aos comportamentos aditivos, e a indivíduos com consumo de substâncias psicoativas, visando prevenir a passagem do uso ao uso nocivo/abuso e à dependência, permitindo uma atuação mais precoce, mais específica e de maior eficácia. Os sinais ou sintomas referidos podem estar diretamente relacionados com o consumo de substâncias (por ex., consumo de álcool e ou de cannabis), com os comportamentos aditivos sem substância (uso problemático de internet, *gaming* e *gambling*, entre outros), ou constituir variáveis mediadoras para com as dependências e os comportamentos aditivos (por ex: insucesso escolar, comportamentos antissociais).

A prevenção indicada situa-se entre a prevenção seletiva e o tratamento, sendo fundamental identificar os pontos nos quais estas áreas de intervenção se intercetam, através da definição clara

dos grupos-alvo para as diferentes intervenções, baseada no nível de risco dos indivíduos.

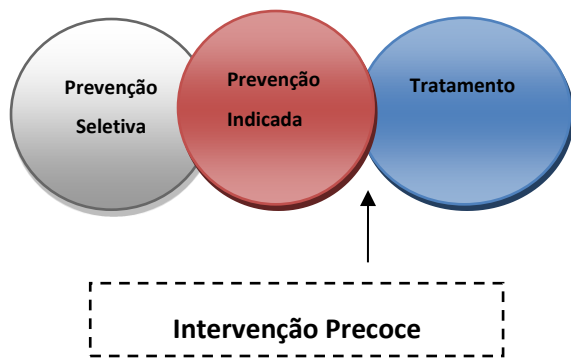


Figura 5. Níveis de Intervenção Preventiva e Intervenção Precoce

A área de interseção entre a prevenção indicada e o tratamento designa-se por intervenção precoce, e consiste numa resposta dirigida a indivíduos que já apresentam consumos, embora não preencham os critérios para abuso de substâncias ou dependência. Assim, esta definição centra-se na intervenção numa fase precoce do desenvolvimento da patologia aditiva, distinguindo-se do conceito mais amplo de Intervenção Precoce (associado à intervenção junto das crianças mais pequenas que se encontrem em risco, visando o seu desenvolvimento global, presente e futuro, bem como da família e do contexto que as rodeiam (EMCDDA, 2009 em *Preventing Later Substance Use Disorders in at-risk Children and Adolescents*).

A Prevenção Indicada dirige-se a indivíduos referenciados com base numa avaliação do risco individual, podendo ser realizada individualmente ou em grupo, citando o *Institute of Medicine*, 2009 (EMCDDA, 2019).

As intervenções de cariz indicado procuram ajudar os sujeitos a lidar com as suas características individuais e outros fatores de risco que os tornam vulneráveis para desenvolver problemas no âmbito dos CAD.

Existem múltiplas abordagens que intervêm no âmbito Prevenção Indicada, baseadas em **intervenções terapêuticas** com frequência regular e intensiva, que poderá ser articulada/complementada com intervenções breves, manualizadas como a entrevista motivacional e/ou programas de treino parental (EMCDDA, 2009).

## MODELO DE INTERVENÇÃO

A nível nacional existem atualmente vários espaços de atendimento - Consulta de Adolescentes e Jovens em CAD - dirigidos a adolescentes e jovens e suas famílias/cuidadores, que apresentem risco acrescido para os comportamentos aditivos (vide link no site do ICAD.IP, no setor das Estruturas - Consultas de Adolescentes e Jovens em CAD). Estas respostas assistenciais, com diferentes níveis de estruturação, funcionamento e população alvo, privilegiam a acessibilidade a intervenções preventivas de nível indicado/intervenção precoce, numa abordagem compreensiva, global e integrada, promovendo intervenções articuladas na comunidade.

Face à existência de um número cada vez maior de adolescentes e jovens referenciados que apresentam problemáticas graves e complexas, com acumulação de um maior número de fatores de risco e de maior gravidade (entre os quais se destacam os problemas de comportamento graves e/ou comportamentos aditivos com nível de baixo risco, risco moderado e nocivo), e que, pelas suas características, exigem respostas altamente especializadas e estruturadas, foi priorizada, neste documento, a definição de princípios e práticas de organização dos espaços de atendimento a jovens que carecem de processos contínuos de robustecimento e harmonização ao nível das boas práticas.

Pretendemos apresentar, de seguida, um modelo de intervenção das Consultas de Adolescentes e Jovens em CAD, que se adapte às necessidades da população - alvo e aos contextos onde se inserem, com base na definição/clarificação das boas práticas de intervenção, harmonização e consolidação de estratégias e procedimentos.

## OBJETIVOS

As Consultas de Adolescentes e Jovens em CAD, tendo por base a intervenção no âmbito da prevenção indicada e intervenção precoce nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, visam: (1) prevenir/adiar a experimentação precoce, evitar a passagem da experimentação ao uso nocivo/ abuso e à dependência, permitindo uma atuação precoce mais específica e de maior eficácia; (2) Prevenir a utilização problemática da internet, *gaming* e *gambling*, e promover a utilização saudável dos ecrãs; (3) potenciar os fatores de proteção e reduzir fatores de risco associados aos comportamentos aditivos e às dependências.

### POPULAÇÃO-ALVO: CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO

Estas respostas dirigem-se a adolescentes e Jovens dos **12 aos 24 anos** (e respetivas famílias e/ou significativos) que apresentem fatores de risco (individuais, familiares, escolares e contextuais) que aumentam a probabilidade de desenvolver problemas relacionados com os CAD, e outros comportamentos de risco, podendo apresentar um padrão aditivo de baixo risco, risco moderado ou nocivo.

Destacamos os seguintes fatores de risco de cariz individual e familiar:

#### Nível Individual:

- Temperamento caracterizado por: locus de controle externo, impulsividade, baixa resistência à frustração e propensão para comportamentos de risco;
- Problemas comportamentais (envolvimento com a justiça, violência, furtos, etc.);
- Problemas emocionais pré-existentes (sintomatologia ansiosa, depressiva, etc.);
- Uso de substâncias psicoativas, *binge drinking* ou outros comportamentos aditivos;
- Uso problemático da Internet, *gaming* e *gambling*;
- Perturbações do comportamento;
- Perturbações do Espectro Ansioso e Depressivo (ligadas ao trauma)

#### Nível Familiar:

- Estilo parental desadequado e desorganização familiar (com baixa supervisão parental, fraca comunicação e fraca ligação emocional);
- Violência doméstica e negligência, conflitualidade familiar;
- Comportamentos aditivos por parte dos progenitores.

Reforça-se que estes espaços de atendimento não se destinam exclusivamente ao atendimento de adolescentes e jovens que apresentem consumo de substâncias psicoativas ou outros comportamentos aditivos, e que todos os jovens que preencham os critérios acima descritos (ou seja, os fatores de risco atrás identificados) devem ser atendidos e encaminhados para as Consultas de Adolescentes e Jovens.

#### Critérios de prioridade para atendimento:

- Adolescentes/jovens com uso de substâncias psicoativas ilícitas;
- Adolescentes/jovens com uso/abuso de álcool;
- Adolescentes/jovens com utilização problemática da internet (redes sociais), *gaming*, *gambling*.

#### Critérios de exclusão de atendimento:

- Menores que não tenham autorização dos pais ou tutores – sem consentimento informado;
- Adolescentes e jovens que apresentem critérios de dependência de substâncias psicoativas (encaminhamento para ET);
- Pedidos exclusivos de realização de análises toxicológicas;
- Pedidos exclusivos de avaliação psicológica e/ou pedopsiquiátrica/psiquiátrica.

### REDE DE REFERENCIAÇÃO - ARTICULAÇÃO INTRA E INTERINSTITUCIONAL

As Consultas de Adolescentes e Jovens integram a **Rede de Referenciação/Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências**. Funcionam numa lógica de proximidade dos cuidados de saúde e de acessibilidade dos adolescentes e jovens aos mesmos, numa arquitetura dinâmica de respostas que permite garantir a qualidade na prestação de cuidados de saúde no âmbito dos CAD.

A Rede de Referenciação assume um papel orientador e regulador das relações de complementaridade intra e interinstitucionais, perspetivando-se a

implementação de um modelo de prestação de cuidados de saúde centrado no adolescente e jovem através da criação de respostas de Prevenção Indicada e Intervenção Precoce, devidamente coordenadas e articuladas com os restantes níveis de cuidados em CAD e com os demais cuidados de saúde.

O modelo de prestação de cuidados integrados está alicerçado na avaliação do risco para o desenvolvimento dos comportamentos aditivos e dependências.

O modelo de prestação de cuidados de saúde centrado no adolescente e no jovem tem por base as respostas de Prevenção Indicada e Intervenção Precoce, devidamente coordenadas e articuladas com os restantes níveis de cuidados em CAD e com os demais cuidados de saúde, de acordo com o fluxograma da Rede de Referência em CAD, ICAD, IP, 2025 (anexo 1).

O acesso às Consultas poderá ser direto, através de pedido do próprio ou da família, ou através da referência efetuada por:

- Estruturas da saúde (Cuidados de Saúde Primários ou Unidades Hospitalares – Pedopsiquiatria, Psiquiatria e Pediatria);
- Sistema Educativo;
- Sistema Judicial (Direção Geral de Reinserção Social e Serviços Prisionais e Tribunais);
- Sistema de Promoção e Proteção (CPCJ, Casas de Acolhimento Residencial, Equipas Multidisciplinares de Apoio aos Tribunais, Tribunais de Família e Menores);
- Comissões de Dissuasão das Toxicod dependências (CDT).

Este encaminhamento deverá ser operacionalizado através do envio de ficha de referência (anexo 2) para o endereço de email da CAJ ou através do módulo

de inscrição pública preconizado no âmbito da Rede de Referência existente no site do ICAD.IP.

## EQUIPAS TÉCNICAS

A grande diversidade de apresentação de processos desadaptativos durante a infância e juventude exige dos técnicos uma elevada diferenciação, para permitir o diagnóstico e a implementação de intervenções adequadas às várias etapas do desenvolvimento, não só porque cada uma delas apresenta um grupo de problemáticas específicas dessa faixa etária, mas também porque a expressão sintomática se pode manifestar de forma distinta ao longo do desenvolvimento.

A intervenção deverá ser assegurada por equipas multidisciplinares, constituídas por psicólogos clínicos, médicos pedopsiquiatras, médicos psiquiatras, assistentes sociais e outros técnicos com formação clínica/terapêutica, especificamente na área da infância e da juventude. Estas equipas poderão ser apoiadas por outras valências sempre que necessário, de forma a promover a otimização do processo terapêutico do jovem. Tendo em conta a escassez de recursos em algumas UIL/CRI, poderá existir a possibilidade de partilha dos mesmos entre diferentes UIL/CRI.

A intervenção em Prevenção Indicada e Intervenção Precoce deve compreender uma perspetiva integradora dos cuidados, obrigando a um constante exercício de comunicação no seio das equipas, tendo em conta a complexidade e multidimensionalidade da população alvo intervencionada.

Reforçamos a importância do trabalho em equipas interdisciplinares, integrando diferentes áreas do saber, devendo funcionar de forma complementar e

interdependente, e articulada, e tendo em conta o superior interesse dos adolescentes e jovens.

Salientamos ainda a importância do acesso, por parte das Equipas Técnicas, a programas de formação contínuos e adequados às exigências da intervenção em Prevenção Indicada e Intervenção Precoce.

## ESPAÇO DE ATENDIMENTO

Estas respostas devem funcionar em locais específicos, integrados em estruturas de saúde ou em instalações cedidas por instituições parceiras da comunidade que intervêm na área da juventude (IPDJ, Espaços Municipais, entre outros), devidamente formalizados através de protocolos de cooperação.

Realçamos a absoluta necessidade de demarcar estes espaços de atendimento a adolescentes e jovens das estruturas dedicadas à área do tratamento, tendo em conta as diferenças significativas ao nível das características da população alvo, das necessidades de intervenção e da abordagem clínica, que realçam a importância da criação de espaços diferenciados para respostas tão distintas. Este aspeto, para além de estar consagrado nos direitos da Crianças (Convenção sobre os Direitos da Criança | Portugal - Relatório Alternativo das ONG Observações Finais do Comité dos Direitos da Criança das Nações Unidas, 2020), mostra-se absolutamente fundamental para aumentar a acessibilidade, a adesão e a eficácia das intervenções de uma população que, pelas suas características, apresenta resistência à intervenção, e não percebe os comportamentos como problemáticos.

De igual forma, atendendo ao risco inerente à realização deste tipo de intervenções, o encaminhamento para unidades conotadas com a dependência de substâncias psicoativas acarreta

grandes riscos de rotulagem, estigmatização e agravamento dos problemas.

Face ao exposto, os adolescentes e jovens que apresentem critérios para integração em CAJ não deverão ser atendidos nas Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento.

## ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

As respostas assistenciais em Prevenção Indicada e Intervenção Precoce caracterizam-se pela disponibilização de um conjunto de modalidades terapêuticas, organizadas para responder às necessidades de adolescentes, jovens e suas famílias/cuidadores.

Organizam-se de acordo com os fatores de risco presentes e com as necessidades que estes comportam, podendo ir desde um nível menos especializado, como a utilização da Entrevista Motivacional, até um nível altamente especializado, como a Intervenção Psicoterapêutica.

Preveem respostas de **cariz individual**, que se traduzem por consultas de apoio psicológico e acompanhamento psicoterapêutico, estando inerente a avaliação psicológica necessária à intervenção clínica.

De forma a complementar a intervenção acima descrita, disponibilizam-se consultas médicas, no âmbito da pedopsiquiatria e da psiquiatria, para indivíduos com sintomas mais disruptivos e incapacitantes, com indicação para uma abordagem farmacológica, de forma a minimizar/eliminar esses sintomas e assim potenciar a adesão e o processo terapêutico.

Sempre que os jovens apresentem necessidades ao nível da inserção nos seus contextos de vida, deverá

ser solicitada a colaboração do serviço social. Especificamente para o encaminhamento de adolescentes e jovens que necessitem de integração em Comunidade Terapêutica, será indicado iniciar um Plano Individual de Inserção que acompanhe todo o processo.

Tem vindo a crescer a necessidade de articular com as respostas de saúde no âmbito da prevenção, deteção e tratamento de doenças infecciosas, sendo fundamental a articulação destes cuidados.

Sendo esta resposta dirigida a adolescentes e jovens é fundamental acautelar espaços de apoio e intervenção junto das famílias e cuidadores. Este espaço de apoio deve ser disponibilizado no âmbito da consulta de acompanhamento ao adolescente e ao jovem e/ou em espaço específico, salvaguardando que deverá ser com terapeuta distinto do que acompanha o adolescente/jovem, dirigido à família/cuidadores, ou ainda em resposta no âmbito da Terapia Familiar, com equipa terapêutica devidamente formada.

Existem ainda espaços de **intervenção em grupo** com diferentes abordagens: grupos terapêuticos inscritos num modelo de intervenção psicoterapêutico, e grupos socioeducativos, que pretendem desenvolver competências socio-emocionais.

O encaminhamento para atividades lúdico desportivas e culturais afiguram-se como uma mais-valia na ocupação dos tempos livres e na promoção de competências pessoais e sociais dos adolescentes e jovens.

Estas equipas poderão ser apoiadas por outras valências sempre que seja necessário, nomeadamente apoio ao nível social e ocupacional.

## ORIENTAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Na intervenção junto desta população, a relação cooperante de trabalho entre a equipa que realiza o acompanhamento, a família, e uma boa coordenação entre os diferentes profissionais envolvidos funciona como um fator de proteção. É importante que os técnicos sejam sensíveis às crenças e aos valores dos adolescentes e jovens e das suas famílias/cuidadores, de modo a promover uma maior adesão terapêutica e o desenvolvimento de uma boa aliança terapêutica.

Neste sentido, reforçamos as orientações da OPP (2011) segundo as quais “os psicólogos devem ter como foco as suas atribuições profissionais, papéis e funções, respeitando a articulação interprofissional e institucional, assegurando que esta articulação não comprometa a sua objetividade, competência e eficiência, de modo a evitar qualquer dano ou prejuízo da criança/jovem e sua família”.

## PROTOCOLO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

*De acordo com a circular normativa nº 1/2024, referente a proteção de dados pessoais de saúde e tendo em conta a intervenção com adolescentes e jovens com menos de 18 anos, salienta-se a obrigatoriedade, no início da intervenção, de solicitar o preenchimento do **protocolo de consentimento informado**, elaborado pelo Conselho Clínico do ICAD, IP. Nas situações de necessidade de partilha de informação, poderá ser também utilizado o documento em anexo (anexo 3) para obter o consentimento informado para a respetiva partilha de*

informação com entidades parceiras, junto dos respetivos responsáveis legais.

Estes consentimentos visam garantir que os adolescentes e jovens e respetivos representantes legais compreendem a intervenção que lhes é proposta, que concordam com ela, e que a autorizam. Será também importante informar os envolvidos dos limites e condicionantes à completa confidencialidade, sempre que se verifiquem situações agudas (sério risco de suicídio ou homicídio, perda grave do controle de impulsos), ou por imposições determinadas por processo legal (importância da natureza colaborativa do trabalho – articulação interinstitucional), de acordo OPP (2011) em Princípios Específicos do Código Deontológico (p.21).

## ARTICULAÇÃO INTERINSTITUCIONAL

A Intervenção em Prevenção Indicada e Intervenção Precoce pressupõe um modelo organizacional estruturado dos serviços, com equipas multidisciplinares, nas quais se privilegia uma abordagem global e integrada dos adolescentes e jovens e se valorizam as intervenções de articulação com a comunidade, nomeadamente o trabalho de proximidade com Escolas, Sistema de Promoção e Proteção, Justiça entre outros.

No âmbito da saúde, e de forma a promover um trabalho de proximidade e de complementaridade, a colaboração institucional com os Serviços de Saúde Mental e da Infância e da Adolescência e os Serviços de Pediatria, deverá ser formalizada através da elaboração de protocolos de colaboração.

Na articulação com entidades externas, nomeadamente no âmbito dos Processos de Promoção e Proteção de crianças e jovens em risco (CPCJ, CAR, EMAT's, NIJ e MP) e dos Processos Tutelares Educativos (DGRSP, MP), bem como com a Comissão de Dissuasão da Toxicodependência (CDT), devemos ter em conta os princípios que norteiam a intervenção clínica.

Como já referido anteriormente o ICAD, IP aprovou em 2024 uma circular normativa (N.º. 01/24) que visa estabelecer normas de procedimentos de acesso a dados pessoais de saúde dos utentes alvo de intervenção por parte dos serviços especializados em CAD. Este documento pretende auxiliar a tarefa de atendimento e prossecução dos pedidos de acesso a elementos clínicos, de acordo com o disposto na Lei n.º 26/2016 de 22 de agosto, pelo Regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril e na Lei n.º 12/2005 de 26 de janeiro.

A Ordem dos Psicólogos Portugueses também emanou um conjunto de diretrizes relativas à *Comunicação Interprofissional e Partilha de Informação* (2017), que orientam os Psicólogos na avaliação dos pedidos de informação/avaliação psicológica (ex. tribunal, pais, advogados) e o objetivo dos mesmos, clarificando o contexto da solicitação para os diferentes intervenientes no caso, no sentido de garantir a imparcialidade e respeitar o processo de avaliação psicológica e a relação terapêutica. Reforçam a necessidade de conhecer as diferenças entre os papéis profissionais clínico e forense, assim como a diferença entre ser testemunha e perito, e esclarecer o tribunal, a família e a criança/jovem, assim como os demais intervenientes, sobre as diferenças entre estes papéis profissionais, por forma a evitar confusões relativamente às funções e à informação que poderão prestar. Em especial, saliente-se que os Psicólogos que tenham uma relação

clínica e/ou psicoterapêutica com um cliente, e este esteja envolvido em assuntos da proteção de crianças e jovens, deverão estar especialmente atentos aos potenciais viés e limitações decorrentes do seu papel, assim como às consequências do seu testemunho para a relação terapêutica.

Devem ser fornecidas apenas as informações necessárias à prossecução dos processos, salvaguardando sempre o interesse do adolescente e jovem e com o consentimento do próprio, para os menores de 18 anos, e dos familiares/cuidadores no caso dos menores. Sendo uma boa prática a partilha da informação prévia ao seu envio (adequando a linguagem e explicando as suas implicações). Assim, deve ser evitado o envio de informação relativa aos comportamentos aditivos e à assiduidade sem que esta tenha o devido enquadramento, devendo privilegiar-se informação mais compreensiva sobre a adesão e a evolução no processo de acompanhamento.

Na articulação com entidades externas no âmbito do acompanhamento clínico (psicologia, pedopsiquiatria), deve-se ter em conta a não duplicação de cuidados, sempre que possível não interromper processos terapêuticos, e assegurar o estabelecimento de contacto com os técnicos envolvidos, de forma a definir os procedimentos que melhor asseguram os cuidados ao jovem. Neste sentido, sempre que se verifiquem situações em que o jovem se encontra a ser acompanhado por um outro técnico, deve ser estabelecido o contacto no sentido de avaliar qual a melhor resposta para as necessidades do jovem.

## ORIENTAÇÕES PARA A AVALIAÇÃO CLÍNICA FORMAL

De forma a garantir a qualidade e a eficácia dos processos de avaliação e intervenção junto da população-alvo, e tendo em conta as suas características e necessidades, devem ser utilizados instrumentos de avaliação validados e adaptados à população portuguesa, que complementem e suportem a intervenção clínica.

Salientamos, no entanto, a importância da entrevista clínica como forma privilegiada de recolha de informação junto dos adolescentes e jovens e significativos, permitindo uma abordagem multidimensional das suas vivências e contextos, não se limitando a uma avaliação diagnóstica, mas configurando-se como uma avaliação e abordagem global e integrada dos adolescentes e jovens.

Segundo o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2011) – *“A avaliação psicológica corresponde a um processo compreensivo e diversificado (...) que se concretiza através do recurso a protocolos válidos e deve responder a necessidades objetivas de informação (Princípio Específico 4), e a avaliação psicológica é um ato exclusivo da Psicologia e um elemento distintivo da autonomia técnica dos/as psicólogos/as relativamente a outros profissionais (Princípio específico 4.1)”*.

## PROCEDIMENTOS DE DESPISTE E DE DETEÇÃO PRECOCE

Os procedimentos de despiste e de deteção precoce (testes rápidos de despiste de metabolitos urinários para SPA e testes rápidos de deteção de doenças infecciosas), utilizados no âmbito das respostas de Tratamento, não devem fazer parte do protocolo de acolhimento no âmbito das respostas de Prevenção

Indicada e Intervenção Precoce. Salientamos que o momento de admissão, especialmente no caso de adolescentes e jovens, é crucial para o estabelecimento da relação e para a adesão ao processo terapêutico.

A utilização deste recurso terapêutico não deverá ser realizada para dar resposta a pedidos de entidades externas, por exemplo: Tribunal, CPCJ, entre outras.

Assim sendo, a realização destes procedimentos de forma sistemática e sem contextualização terapêutica, está desaconselhada no âmbito da intervenção em Prevenção Indicada e Intervenção Precoce, com repercussões para o processo terapêutico.

## **ENCAMINHAMENTO ENTRE CONSULTAS DE ADOLESCENTES E JOVENS**

Sempre que se considerar adequado poderá proceder-se ao encaminhamento interno de adolescentes e jovens para outras CAJ, ou solicitar a intervenção numa determinada valência, através da disponibilização do processo.

## **ENCAMINHAMENTO PARA EQUIPAS TÉCNICAS DE TRATAMENTO**

O encaminhamento interno para as Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento deverá acontecer sempre que, mediante avaliação clínica, o adolescente ou jovem reúna critérios para uma intervenção no âmbito do tratamento (dependência, policonsumo, comorbilidade física e psicopatologia). De igual modo,

um adolescente ou jovem que integre uma Equipa Técnica Especializada de Tratamento, mas que, após avaliação, não apresente os critérios acima descritos, deverá ser encaminhado para a Consulta de Adolescentes e Jovens em CAD.

## **COMUNIDADES TERAPÊUTICAS**

As Comunidades Terapêuticas são importantes dispositivos da área do Tratamento dos Comportamentos Aditivos e Dependências, que funcionam em regime residencial prolongado, devendo ser apenas utilizados perante uma avaliação clínica por equipa especializada em CAD e com clara indicação terapêutica.

Os critérios de inclusão e exclusão desta modalidade terapêutica, deverão ser escrupulosamente cumpridos, sob o risco de diminuírem drasticamente a sua eficácia e provocarem danos irreversíveis em indivíduos ao serem privados do seu contexto natural de socialização, em pleno processo de desenvolvimento.

A abordagem terapêutica para a integração em Comunidade Terapêutica deverá promover a motivação e o envolvimento do adolescente e jovem, com vista a fomentar a adesão ao processo de tratamento proposto (Indução terapêutica).

Os adolescentes e jovens até aos 18 anos, devem ser encaminhados para as Comunidades Terapêuticas que apresentem programas específicos para os mesmos, e características que assegurem uma intervenção direcionada para esta faixa etária.

O encaminhamento deverá ser realizado, preferencialmente, para Unidades de proximidade da área de residência, de forma a garantir a intervenção junto das famílias dos adolescentes e jovens.

A intervenção junto das famílias e dos significativos dos jovens deve ser mantida nas CAJ sempre que se verifique como uma mais-valia para o processo de tratamento do jovem em CT.

## **FORMAÇÃO/SUPERVISÃO**

De forma a promover a aferição de práticas e procedimentos, a harmonizar as intervenções e refletir sobre as estratégias a adotar na intervenção terapêutica, as equipas técnicas devem integrar reuniões regulares, e ter à disposição espaços de supervisão/intervisão de casos de âmbito clínico e forense, garantindo, assim, a qualidade técnica das intervenções e a otimização de boas práticas nos cuidados em saúde.

O acesso a espaços de formação/intervisão/supervisão permitem o desenvolvimento de competências técnicas, e promovem medidas de autocuidado aos profissionais, garantindo ganhos em saúde para os profissionais e ganhos em saúde à população a quem prestam cuidados.

Será importante que as Equipas tenham acesso a formação contínua, para atualização de conhecimentos e aferição de procedimentos e práticas.

# CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em face do exposto, salientamos a importância da distinção clara entre as respostas no âmbito da Prevenção Indicada e Intervenção Precoce (CAJ) e os dispositivos assistenciais no âmbito do Tratamento (ET). Reforçamos como boa prática a adoção de uma perspectiva compreensiva e integrada, fortalecendo fatores protetores e procurando intervir de forma a diminuir o impacto dos fatores de risco e a diferentes níveis, potenciando, desta forma, as mudanças pretendidas.

A população alvo de intervenção ao nível das Consultas de adolescentes Jovens caracteriza-se por adolescentes e jovens, com idades entre os 12 e os 24 anos de idade, que revelem fatores e/ou comportamentos de risco relacionados com os comportamentos aditivos, mas que não apresentem quadros estruturados de dependência ao nível dos comportamentos aditivos com e sem substância.

Esta população, pelas suas características e necessidades, deve ser alvo de uma intervenção de cariz terapêutico no âmbito da Prevenção Indicada e da Intervenção Precoce (CAJ), que deverá funcionar em espaços distintos das Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento (ET), recorrendo a procedimentos distintos ao longo de todo o processo de intervenção.

Salientamos a importância da avaliação e referência, quer de adolescentes e jovens para as Equipas de Tratamento, sempre que apresentem critérios clínicos de dependência, quer de adolescentes e jovens para as Consultas de Adolescentes e Jovens, sempre que estes apresentem as características acima descritas.

Face à complexidade da população alvo desta intervenção, reforçamos a importância da existência de equipas multidisciplinares e interdisciplinares para este efeito, bem como a necessidade da criação de espaços regulares de formação/supervisão das equipas técnicas.

Dada a necessidade de articulação frequente com estruturas de âmbito legal (CPCJ, EMAT, TFM, CDT e DGRSP), reforçamos a importância da conceptualização clínica e no âmbito da saúde, que deverá nortear os cuidados prestados nas Consultas de Adolescentes e Jovens, que deverá traduzir-se numa especial atenção na partilha de informação e nas respostas às solicitações externas, tendo sempre em consideração o superior interesse dos adolescentes e jovens.

Afigura-se como fundamental a articulação institucional e a formação dos técnicos da comunidade, com o objetivo de os implicar no desenvolvimento de estratégias e ações que se adequem às necessidades específicas destes adolescentes e jovens e se pautem pelas normas e critérios de boas práticas ao nível da intervenção preventiva.

De forma a promover a implementação da Rede de Referência/Articulação para as Consultas de Adolescentes e Jovens nos diferentes territórios, devem ser desenvolvidas ações de formação junto das Unidades Locais de Saúde (ULS), quer ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, quer junto dos Cuidados Hospitalares, bem como junto de outras instituições do território que intervêm com esta população alvo, de forma a divulgar e facilitar a referência de adolescentes e jovens com problemas relacionados com os CAD com e sem substância.

Em suma, consideramos que as Consultas de Adolescentes e Jovens representam um importante

recurso preventivo dos comportamentos aditivos e dependências junto de adolescentes e jovens.

Esta rede de respostas necessita ainda de se consolidar no terreno e de se reorganizar em alguns dos territórios do país, de forma a apresentar padrões e critérios de boas práticas adequadas às necessidades da população que pretendem servir.

Desejamos que este documento, que se pretende manter-se em constante atualização, seja um contributo para a melhoria dos cuidados em saúde aos adolescentes e jovens atendidos nas Consultas de Adolescentes e Jovens do ICAD, IP..

# GLOSSÁRIO E ACRÓNIMOS

- **ACeS** – Agrupamento de Centros de Saúde
- **APEF** – Abandono Precoce de Educação e Formação
- **AR** – Acolhimento Residencial
- **ARS Norte I.P.** – Administração Regional de Saúde Norte I.P.
- **CAD** - Comportamentos Aditivos e Dependências
- **CAJ** – Consulta de Adolescentes e Jovens
- **CASA** – Caraterização Anual de Situação de Acolhimento de Crianças e Jovens
- **CAR** – Casa de Acolhimento Residencial
- **CAT** – Centro de Acolhimento Temporário
- **CDT** – Comissão de Dissuasão da toxicodependência
- **CID** – Classificação Internacional de Doenças
- **CNE** – Conselho nacional da Educação
- **CPCJ** - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
- **DGRSP** – Direção Geral Reinserção e Serviços Prisionais
- **Aces** – Agrupamento de Centros de Saúde
- **DICAD** - Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- **DSM -5** – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição
- **ECATD** – Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências
- **EMAT** – Equipa Multidisciplinar de Apoio aos Tribunais
- **EMCDDA** – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
- **ESPAD** – European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
- **ET** – Equipa de Tratamento
- **HBSC** – Health Behaviour in School aged Children
- **IOM** – Institute of Medicine
- **IPDJ** – Instituto Português do Desporto e Juventude, I.P.
- **LIJ** – Lar de Infância e Juventude
- **MP** – Ministério Público
- **NEET** - Not in Education, Employment or Training
- **NIJ** – Núcleo de Infância e Juventude
- **OCDE** – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
- **OEDT** – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
- **OPP** – Ordem dos Psicólogos Portugueses
- **PIIP** – Prevenção Indicada e Intervenção Precoce
- **PLV** – Prevalência ao longo da Vida
- **12M** – últimos 12 meses
- **30D** – últimos 30 dias
- **PUS** – Perturbação por Uso de Substâncias
- **SICAD** – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- **SPA** - Substâncias Psicoativas
- **TFM** – Tribunal de Família e Menores
- **UIL** – Unidade de Intervenção Local
- **UNICEF** – United Nations International Childrens Emergency Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)
- **UPI** – Utilização Problemática da Internet

# RECURSOS E FONTES

- Administração Regional de Saúde do Norte, I. P. (2009): **Documento-Guia sobre Consentimento Informado**. Seminário sobre o Consentimento Informado e o Papel das Comissões de Ética para o seu Correto Uso.
- American Psychiatric Association (2013): **Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais** 5ª edição - DSM V. Climepsi.
- APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. **Estatísticas APAV: Relatório Anual 2020**. Lisboa.
- Becoña, E. (2002): **“Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias”**. Delegacion del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid
- Carr, A: (2014): **Manual de Psicologia Clínica da Criança e do Adolescente: uma abordagem contextual**. Psiquilíbrios.
- Comité português para a UNICEF (2019): **Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos**. Edição revista 2019.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008): **Plano Nacional para a Saúde Mental 2007-2016**. Ministério da Saúde
- EMCDDA Thematic Papers (2009): **Preventing Later Substance Use Disorders in at-Risk Children and Adolescents – a review of the theory and evidence base of indicated prevention**. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Luxembourg.
- EMCDDA Manuals 7 (2011): **European Drug Prevention Quality Standards – A manual for prevention professionals**. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Luxembourg.
- EMCDDA Manuals (2019): **European Prevention Curriculum – A handbook for decision makers, opinion makers and policy-makers in science-based prevention of substance use**. Luxembourg.
- ICAD, IP (2024): Circular normativa (N.º 01/24), de acordo com o disposto na Lei n.º 26/2016 de 22 de agosto, pelo Regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril e na Lei n.º 12/2005 de 26 de janeiro.
- Marujo, H. (1994): **Síndromas Depressivos na Infância e na Adolescência**. Dissertação de doutoramento em psicologia. Faculdade de psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2024). **Vamos falar sobre ecrãs e tecnologias digitais**. Lisboa.
- Ordem dos Psicólogos (2011): **Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses** – Regulamento n.º 258/2011, de 20 abril.
- Ordem dos Psicólogos (2015): **Parecer sobre o consentimento na intervenção psicológica com crianças e adolescentes (7/CEOPP/2015)**. Lisboa

- Ordem dos Psicólogos (2017): **Comunicação Interprofissional e Partilha de Informação**. *Linhas de orientação para a prática profissional*. Lisboa.
- Organização Mundial de Saúde (1994): **Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão**.
- Organização Mundial de Saúde (2019): **Classificação Internacional de Doenças – 11ª revisão**.
- Patrão, I. e colaboradores (2017): **Avaliação e Intervenção Terapêutica na Utilização Problemática da Internet (UPI) em Jovens**. ISPA IU e ARSLVT
- SICAD/ARS (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) (2013): **Linhas de Orientação à Intervenção Preventiva nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências**. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Lisboa.
- SICAD (2013): **Rede de referência/Articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências**. Lisboa.
- Sociedade Portuguesa de Neuropediatria. (2024). *Recomendações da Sociedade Portuguesa de Neuropediatria para a utilização de ecrãs e tecnologia digital em idade pediátrica*. <https://www.spnp.pt/documentos/recomendacoes-ecras-tecnologia-digital-2024.pdf>
- Winters, K., Stinchfield, R., Fulkerson, J. (1993): **Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale**. Journal of Gambling Studies, vol.9 (1), 63-84

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Andretta, I., Oliveira, MS (2005). **A técnica da Entrevista Motivacional na Adolescência**. *Psicol. Clin.* V.17 nº2 Rio de Janeiro (pp.127-139) *versão online* ISSN 1980-5438
- Brotherhood, A.; Sumnall, HR (2013): **European drug prevention quality standards: a quick guide**. EMCDDA. Centre for Public Health, Liverpool John Moores University.
- Carvalho, J e Frango, P. (2011): **Linhas de Orientação para o Desenho da Intervenção Preventiva no Consumo de Substâncias Psicoativas Ilícitas**. Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT). Núcleo de Prevenção – Departamento de Intervenção na Comunidade. Lisboa.
- Comité português para a UNICEF. (2024). *Contribuições do Comité Português para a UNICEF para a Revisão Periódica Universal de Portugal*. Comité português para a UNICEF.
- Couteron, JP.; Grall, JY ; Appaire, E. (2012): **C.J.C. Pratique(s) – Pratiques Professionnelles dans le Consultations Jeunes Consommateurs**. Fédération Addiction Prévenir-Réduire les risques-soigner. Abril 2012.
- DGS – Norma nº036/2012, atualizada em 21.08.2014: **Diagnóstico de policonsumos e intervenção breve em adolescentes e jovens**.
- EMCDDA Manuals 7 (2011): **European Drug Prevention Quality Standards – A manual**

- for prevention professionals. European Monitoring center for Drugs and Drug Addiction, Luxembourg.*
- EMCDDA (2019): **European Prevention Curriculum: A Handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance abuse.** Lisbon.
  - Grossman, E.; Rusany, MH; Taquette, SR. (2004): **A consulta do adolescente** in Adolescência e saúde. Vol.1 nº1. março 2004. versão online ISSN:2177-5281
  - IREFREA (2012): **Prevenção de comportamentos de risco na adolescência. Guia para profissionais e mediadores familiares.** EFE – European Family Empowerment.
  - Ministério da Saúde (Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental). (2023). **Princípios orientadores para o desenvolvimento de equipas comunitárias de saúde mental para a infância e adolescência (ECSM-IA).** Ministério da Saúde.
  - NHS (2007): **Community-based intervention to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged children and young people.** NICE public health intervention guidance 4. National Institute for Health and Clinical Excellence. London.
  - NIH – National Institute on Drug Abuse (2014): **Principles of adolescent substance use disorder treatment – a research-based guide.**
  - Ordem dos Psicólogos (2015): **Parecer sobre colaboração com o sistema judicial (06/CEOPP/2015).** Lisboa
  - Ordem dos Psicólogos (2016): **Guia Orientador da Intervenção Psicológica nos Problemas Ligados ao Álcool.** Lisboa.
  - Ordem dos Psicólogos (2016): **Parecer sobre intervenção psicológica com menores sem autorização de ambos os progenitores ou representantes legais (39/CEOPP/2015).** Lisboa
  - Ordem dos Psicólogos (2017): **Psicologia no âmbito da proteção das crianças e jovens em risco. Linhas de orientação para a prática profissional.** Lisboa.
  - WHO – World Health Organization (2017): **WHO recommendations on Adolescent Health guidelines** approved by the who guidelines review committee. August 2017.
  - WHO – World Health Organization (2021): **How to plan and conduct telehealth consultations with children and adolescents and their families.**
  - World Drug Report 2018 **Methodology Report. Research and Trend Analysis Branch** UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), Vienna.

# ANEXOS

**ANEXO 1 – FLUXOGRAMA DA REDE DE REFERENCIAÇÃO DE ADOLESCENTES E JOVENS COM PROBLEMAS LIGADOS AOS CAD**

**ANEXO 2 - FICHA DE REFERENCIAÇÃO CONSULTA DE ADOLESCENTES E JOVENS**

**ANEXO 3 - PROTOCOLO DE CONSENTIMENTO INFORMADO ACOMPANHAMENTO DE ADOLESCENTES E JOVENS EM CAD**

## FLUXOGRAMA DE REFERENCIAÇÃO DE ADOLESCENTES E JOVENS COM PROBLEMAS LIGADOS AOS CAD (12 AOS 24 ANOS)



## FICHA DE REFERENCIAÇÃO CONSULTA DE ADOLESCENTES E JOVENS \_\_\_\_\_

Nome (completo)		
	Data nascimento: __ (dd) / __ (mm) / __ (aaaa)	Género:
	CC:	SNS:
Morada (completa)		
Contacto telefónico e de e-mail do próprio		
Nome, contacto telefónico e de e-mail do (s) responsável (eis) legais		
Motivo de referenciação		
Breve caracterização da situação (problemas/necessidade; início do problema)		
Intervenções anteriores e/ou a decorrer (instituições envolvidas)		
Entidade que referência		
Técnico de referência na entidade e contacto		
Data		

UII/CRI \_\_\_\_\_ /ICAD I.P.

## PROTOCOLO DE CONSENTIMENTO INFORMADO ACOMPANHAMENTO DE ADOLESCENTES E JOVENS EM CAD<sup>[1]</sup>

Eu, \_\_\_\_\_  
com o n.º de cartão de cidadão \_\_\_\_\_ válido até \_\_\_(dd)\_\_\_(mm)  
\_\_\_(aaaa), representante legal de (nome completo do adolescente /jovem)

\_\_\_\_\_

declaro autorizar que a equipa técnica da Consulta de Adolescentes e Jovens  
\_\_\_\_\_ - UIL/CRI \_\_\_\_\_ ICAD, IP  
proceda à avaliação, intervenção e acompanhamento.

Autorizo ainda a partilha de informação no estrito âmbito da intervenção junto do  
adolescente/jovem com a(s) seguinte(s) entidade(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Considero que me explicaram e compreendi adequadamente a informação prestada e  
que as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

O representante legal do adolescente/jovem

\_\_\_\_\_

O técnico de referência

\_\_\_\_\_

---

<sup>[1]</sup> Aplicável a menores de 18 anos

PRETENDE-SE, COM ESTE DOCUMENTO, DAR RESPOSTA A DOIS IMPORTANTES OBJETIVOS:  
ELABORAR UMA CONCEPTUALIZAÇÃO COMUM DAS RESPOSTAS ASSISTENCIAIS AO NÍVEL DA  
PREVENÇÃO INDICADA E INTERVENÇÃO PRECOCE, E PROMOVER A HARMONIZAÇÃO  
DAS SUAS BOAS PRÁTICAS E PROCEDIMENTOS.



ICAD



Empoderar. *Empower.*  
Cuidar. *Care.*  
Proteger. *Protect.*