

Acessibilidade das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo aos Cuidados Especializados em Comportamentos Aditivos e Dependências: GUIA DE APOIO



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ICAD
Instituto para os Comportamentos
Aditivos e as Dependências, I.P.

NOVA 2025-2030
ENIPSSA
ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A INTEGRAÇÃO DAS PESSOAS
EM SITUAÇÃO DE SEM-ABRIGO

ASSUNTO	Guia de Apoio à acessibilidade das pessoas em Situação de Sem-Abrigo aos Cuidados de Saúde Especializados em Comportamentos Aditivos e Dependências – Versão atualizada
A QUEM SE DESTINA	Profissionais NPISA; Profissionais UIL-CAD; Interventores junto das pessoas em situação de sem-abrigo
PALAVRAS-CHAVE	Sem-Abrigo; “substâncias psicoativas”, dependência; ENIPSSA; CAD; NPISA
FORMATO	PDF

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

Acessibilidade das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo aos Cuidados Especializados em Comportamentos Aditivos e Dependências:
GUIA DE APOIO

AUTORIA

Departamento de Intervenção Integrada, ICAD, I.P.

COLABORAÇÃO

Gabinete de Coordenação da Intervenção em Dissuasão, ICAD, I.P.

NOVA ENIPSSA - Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo 2025 - 2030

GRAFISMO

Gabinete de Tecnologias e Sistemas de Informação, ICAD, I.P.

CAPA:

Gabinete de Tecnologias e Sistemas de Informação, ICAD, I.P.

Departamento de Intervenção Integrada, ICAD, I.P.

EDITOR:

2ª edição, ICAD, I.P., Lisboa 2025

ISBN: 978-989-36386-2-0

DOI: Digital Object Identifier

Acessibilidade das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo aos Cuidados Especializados em Comportamentos Aditivos e Dependências: GUIA DE APOIO

ÍNDICE

Introdução	6
1. A Nova ENIPSSA 2025-2030	9
Visão	9
Missão	10
Princípios Transversais	10
Eixos Estratégicos	11
Modelo de Governação	11
Conceito de «Pessoa em Situação de Sem-Abrigo»	14
Modelo de Intervenção	16
Fases da Intervenção	17
2. Articulação entre NPISA e Serviços Especializados em CAD	20
2.1. Articulação entre os NPISA, as UIL-CAD e as Estruturas Socio sanitárias de RRMD	21
2.1.1. Diagrama de articulação entre NPISA e CRI/ UA/ ES RRMD	23
2.1.2. Diagrama de articulação entre CRI/ UA/ ES RRMD e NPISA	24
2.2. Articulação entre os NPISA e as Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência	25
2.2.1. Diagrama de articulação entre as CDT, as UIL-CAD e os NPISA	27
3. Interlocutores para a ENIPSSA	28
3.1. Interlocutores das UIL-CAD	28
3.2. Interlocutores das CDT	29
Acrónimos	30
Recursos e Fontes	31
Anexo 1: Serviços Especializados em CAD	33
1. Unidades de Intervenção Local para os CAD (UIL-CAD)	34

2. Programas e Estruturas Sociossanitárias de Redução de Riscos e Minimização de Danos_	38
3. Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência _____	41
Anexo 2: Unidades de Intervenção Local CAD - Contactos _____	42
Anexo 3: Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência - Contactos _____	46
Anexo 4: Núcleos de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo - Contactos _____	48
Anexo 5: Outras Informações úteis _____	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. O conceito de pessoa em situação de sem-abrigo	14
Figura 2. Modelo Integrado.....	17
Figura 3. Intervenção Integrada	19
Figura 4. Situações a considerar no caso de a articulação ser iniciada por parte das UIL-CAD	21

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Resumo das categorias no âmbito do conceito de pessoa em situação de sem-abrigo	15
Tabela 2. Pagamentos/comparticipações em estruturas privadas convencionadas	36

INTRODUÇÃO

A necessidade de definir uma Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas em Situação de Sem-Abrigo surge pela primeira vez em 2009, no âmbito dos Planos Nacionais de Ação para a Inclusão, decorrentes da 17ª reunião dos Ministros da União Europeia da área da Habitação, com o tema: “*O acesso ao alojamento de pessoas em situação de vulnerabilidade*”. Desta reunião resultou uma recomendação de compromisso para que as políticas ligadas ao fenómeno das pessoas em situação de sem-abrigo fossem tidas em conta no quadro do Ano Europeu 2010 de Luta contra a Pobreza e Exclusão.

Face à necessidade de consensualizar respostas, potenciar recursos existentes, públicos e privados, e evitar a duplicação e sobreposição dos esforços, nomeadamente de manutenção e persistência do fenómeno, o primeiro ciclo da ENIPSA (2009-2015)¹ delineou um conjunto de orientações gerais e compromissos das diferentes entidades, cuja operacionalização preconizava a implementação a nível local, no âmbito das redes sociais locais (dos Conselhos Locais de Ação Social), de planos específicos e adequados às necessidades locais identificadas.

A ENIPSA 2009-2015 esteve em vigor até 2013. Os trabalhos a nível central foram interrompidos, sendo apenas retomados em 2016 na sequência da Resolução da Assembleia da República n.º 45/2016, de 11 de março².

A avaliação realizada à ENIPSA 2009-2015³ salientou a relevância do seu papel ao nível dos serviços de proximidade, nomeadamente, a criação e dinamização de Núcleos de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo (NPISA) que, mesmo sem a redefinição de um novo ciclo estratégico, continuaram ativos a nível local.

Considerou-se, então, que a definição do novo ciclo deveria primar por potenciar o trabalho realizado por forma a facilitar a sua implementação. Foi com base nesta premissa que se definiu a Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo 2017-2023 (ENIPSSA 2017-2023),

¹ Disponível em

[https://www.enipssa.pt/documents/10180/12352/Estrat%C3%A9gia+Nacional+para+a+Integra%C3%A7%C3%A3o+das+Pessoas+Sem-Abrigo+2009-2015+\(ENIPSA+2009-2015\)/d6d206ba-112a-42ef-a034-39af8afec5fb](https://www.enipssa.pt/documents/10180/12352/Estrat%C3%A9gia+Nacional+para+a+Integra%C3%A7%C3%A3o+das+Pessoas+Sem-Abrigo+2009-2015+(ENIPSA+2009-2015)/d6d206ba-112a-42ef-a034-39af8afec5fb)

² <https://data.dre.pt/eli/resolassrep/45/2016/03/11/p/dre/pt/html>

³ Disponível em

<https://www.enipssa.pt/documents/10180/12352/Sum%C3%A1rio+Executivo+com+avalia%C3%A7%C3%A3o+da+ENIPSA+de+2009+a+2012/5dbd3791-90b1-4a2c-a13a-deeed070b207>

aprovada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 107/2017, de 25 de julho, na sua redação atual (RCM 2/2020 de 21 de janeiro)⁴.

A ENIPSSA 2017-2023 compreendeu três eixos de intervenção: o conhecimento do fenómeno das pessoas em situação de sem-abrigo, o reforço de uma intervenção promotora da integração desta população, e a coordenação, monitorização e avaliação da própria estratégia. Dos seus órgãos e estruturas faziam parte uma Comissão Interministerial e uma Comissão Consultiva, o Grupo para a Implementação, Monitorização e Avaliação da Estratégia (GIMAE) que integra um Núcleo Executivo, e, a nível local, os Núcleos de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo (NPISA).

Neste âmbito, o então *Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências* (SICAD), atual *Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências*, I.P. (ICAD), integrou o GIMAE e foi membro do Núcleo Executivo, órgão com responsabilidades na implementação da estratégia.

A nível regional, as Administrações Regionais de Saúde (ARS, I.P.), a quem competia a execução dos programas de intervenção local com vista à redução do consumo de substâncias psicoativas, à prevenção dos comportamentos aditivos e à diminuição das dependências no âmbito das Divisões de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) e das unidades funcionais prestadoras de cuidados de saúde em matéria de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências, estavam representadas, também, no GIMAE.

Tendo em conta a importância da existência de uma comunicação eficaz entre os NPISA e as estruturas prestadoras de cuidados de saúde especializados em comportamentos aditivos e dependências (CAD), o SICAD iniciou, em 2019, um processo de identificação de constrangimentos no acesso das pessoas em situação de sem-abrigo às respostas de tratamento, e de definição de procedimentos de referenciação/articulação entre os NPISA e as unidades de intervenção local (UIL) responsáveis pela intervenção na área dos CAD.

No âmbito deste trabalho, foi elaborado o primeiro guia de apoio à acessibilidade das pessoas em situação de sem-abrigo aos cuidados de saúde especializados em CAD.

Decorrido o período de vigência da ENIPSSA 2017-2023, sendo esta uma área prioritária no domínio dos direitos humanos, e estando igualmente alinhada com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e com o Pilar Europeu dos Direitos Sociais, tornou-se imperativo a necessidade de garantir a sua

⁴ Disponível em

<https://www.enipssa.pt/documents/10180/11749/Resolu%C3%A7%C3%A3o+do+Conselho+de+Ministros+n.%C2%BA+107+2017/667537bfd530-46f5-8cec-79891f9e3908>

continuidade num novo ciclo programático, sem interrupções, reforçando as políticas públicas na prevenção e combate ao fenómeno das pessoas que se encontram em situação de risco ou que vivenciam a condição de sem-abrigo.

Desta forma, em 2024 foi aprovado o novo ciclo estratégico da NOVA ENIPSSA (2025-2030)⁵, que se propõe apostar em novas políticas e no reforço da cooperação institucional, para uma intervenção abrangente, articulada e colaborativa, determinante para abordar de forma eficaz a complexidade do fenómeno sem-abrigo e as suas causas subjacentes, promovendo a reintegração social e garantindo a continuidade do apoio.

Em 2024 entrou em funções o Instituto para os Comportamentos Aditivos e Dependências (ICAD, I.P.), entidade que passou a tutelar todas as Unidades de Intervenção Local (UIL), anteriormente afetas às extintas Administrações Regionais de Saúde (ARS), cuja dissolução se iniciou em setembro de 2023.

Com esta reestruturação, o ICAD, I.P. assume, a nível nacional, o papel de interlocutor na NOVA ENIPSSA 2025-2030, substituindo o extinto Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). A nível local, essa função é desempenhada pelos interlocutores das UIL junto dos Núcleos de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo (NPISA), em substituição das ARS/DICAD.

Na sequência das alterações supramencionadas procede-se à atualização do presente guia que, à semelhança do anterior, define o Modelo de Intervenção preconizado, os procedimentos de articulação entre os NPISA e as estruturas de intervenção em CAD, passando a contemplar os programas e as estruturas socio-sanitárias com intervenção na área da Redução de Riscos e Minimização de Danos, e as Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT).

⁵ Resolução de Conselho de Ministros nº 208/2024 de 30 de dezembro de 2024, disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/208-2024-901536082>

1. A NOVA ENIPSSA 2025-2030

A NOVA ENIPSSA 2025-2030 propõe reforçar a dimensão preventiva da atuação das suas estruturas operativas, por meio de medidas proativas, que promovam a conjugação de medidas que procuram evitar a situação de sem-abrigo, através de uma monitorização e referenciação eficaz das situações de risco potenciadoras da situação, e do fortalecimento das redes de suporte comunitário para evitar ruturas sociais e habitacionais.

Pretende-se fomentar a criação e implementação de um sistema de apoios e serviços de proximidade, de base comunitária, para as pessoas em situação de risco ou que se encontram em situação de sem-abrigo, garantido o acesso equitativo a serviços de qualidade, a partir de uma abordagem orientada para a promoção do acesso a soluções de emprego e de habitação, em estreita articulação com os municípios.

A NOVA ENIPSSA 2025-2030, alinhada com os objetivos, as orientações e desígnios internacionais⁶, e em complementaridade com alguns dos principais instrumentos estratégicos e Planos Nacionais, nomeadamente, o Plano de Ação da Estratégia Nacional de Combate à Pobreza 2022-2025⁷, o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2030⁸, entre outros⁹, vem reforçar o compromisso Nacional com a inclusão e orienta-se pelos princípios fundamentais de respeito e garantia da dignidade da pessoa humana e autonomia das pessoas em situação de sem-abrigo.

VISÃO

A NOVA ENIPSSA 2025-2030 preconiza uma nova abordagem estratégica abrangente, integrada, multidisciplinar e holística de identificação, prevenção e intervenção próxima e eficaz, centrada nas pessoas em situação de sem-abrigo, tendo em linha de conta a heterogeneidade dos seus contextos e recursos de vida, salvaguardando o direito a uma vida digna e à inclusão plena na comunidade.

⁶ Nomeadamente, os Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável e os princípios do Pilar Europeu de Direitos Sociais, partilhando as ambições da Plataforma Europeia de Combate à Situação de Sem-Abrigo.

⁷ Definido através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 126/2023, de 17 de outubro

⁸ Plano Nacional para a Redução dos CAD 2030 (PNRCAD 2030), publicado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 115/2023, de 26 de setembro

⁹ Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação, publicada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2018, de 21 de maio; Plano Nacional de Saúde 2030, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023, de 16 de agosto; Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental; Plano Nacional de Implementação do Pacto Global das Migrações, o Plano Nacional de Habitação 2022-2026, aprovado pela Lei n.º 2/2024, de 5 de janeiro e Plano Nacional de Habitação 2022-2026, aprovado pela Lei n.º 2/2024, de 5 de janeiro.

MISSÃO

Fomentar a criação e implementação de um sistema de apoios e serviços de proximidade, de base comunitária, para as pessoas em situação de risco ou que se encontram em situação de sem-abrigo, garantido o acesso equitativo a serviços de qualidade, a partir de uma abordagem orientada para a promoção do acesso a soluções de emprego e de habitação, em estreita articulação com os municípios.

PRINCÍPIOS TRANSVERSAIS

- a) **Prevenção** — identificar as causas, promover a definição e adoção de medidas e políticas de prevenção e de intervenção integrada junto de pessoas em situação de risco ou em situação de sem-abrigo, com vista à realização de uma intervenção precoce para evitar ou minimizar o risco e os seus efeitos;
- b) **Abordagem centrada na pessoa** — por uma defesa da sua dignidade e autodeterminação, e uma intervenção personalizada e integrada, de modo a garantir que cada pessoa recebe o apoio necessário, mobilizando os recursos disponíveis de forma coordenada e contínua;
- c) **Participação** — das pessoas beneficiárias da estratégia em todo o processo de planeamento, intervenção e avaliação da estratégia;
- d) **Igualdade e não discriminação** — na salvaguarda da igualdade de género e no combate à discriminação;
- e) **Flexibilidade** — na adequação e modelação das medidas às especificidades e heterogeneidade do perfil das pessoas em situação de sem-abrigo, e à persistência das causas e consequências do fenómeno;
- f) **Abordagem para a habitação** — pelo desenvolvimento de políticas de habitação acessíveis, estáveis e seguras, adequadas ao projeto de vida da pessoa;
- g) **Desinstitucionalização** — por via de processos de transição planeados e securizantes, na saída de instituições, incluindo de estabelecimentos prisionais, unidades de saúde, casas de acolhimento e outras;
- h) **Cooperação intersectorial** — por uma cultura de compromissos e de mobilização intersectorial e interinstitucional para a concretização dos desígnios da estratégia;
- i) **Territorialização** — pelo fortalecimento de uma rede de parcerias e de colaboração entre a administração central, autarquias, organizações não-governamentais e do setor social e solidário,

entidades públicas e privadas, empresas e sociedade civil para uma resposta articulada, integrada e eficaz à problemática da situação de sem-abrigo;

- j) **Abordagem para o trabalho e para a integração na comunidade** — pelo acesso a programas específicos de qualificação e formação profissional e promoção de condições de empregabilidade;
- k) **Monitorização e avaliação contínua dos resultados** — na avaliação permanente dos impactos alcançados através da sua implementação e apresentação de propostas e recomendações.

EIXOS ESTRATÉGICOS

1. Identificação, Prevenção e Minimização dos Fatores de Risco associados ao fenómeno da situação de sem-abrigo;
2. Promoção da Inclusão Social e da Capacitação para uma Cidadania Plena;
3. Monitorização, Avaliação e Inovação nas Políticas Públicas de combate ao fenómeno da situação de sem-abrigo.

MODELO DE GOVERNAÇÃO

O **modelo de governação** adotado na Nova ENIPSSA aposta no papel das comunidades do terreno, e define uma estrutura de governação articulada e de proximidade mais simples do que no ciclo anterior, visando a promoção de uma gestão integrada e eficaz das medidas, através da coordenação horizontal entre o poder central, regional e local, com a participação de diversos setores da sociedade civil, sob coordenação nacional.

A NOVA ENIPSSA 2025-2030 está sob coordenação do Membro do Governo responsável pela área social e da inclusão.

- **Comissão Interministerial (CI)**

À CI compete estabelecer as orientações políticas gerais para o desenvolvimento, implementação e acompanhamento da NOVA ENIPSSA 2025-2030, o acompanhamento da sua implementação, e a aprovação dos planos de ação para 2027-2028 e 2029-2030.

A CI é constituída por um representante do Membro do Governo responsável pela(s) área(s)

- a) do trabalho, solidariedade e segurança social, que coordena;
- b) das migrações;

- c) da coesão territorial; (atual, economia e coesão territorial)
- d) defesa nacional;
- e) da justiça;
- f) da administração interna;
- g) da educação, ciência e inovação;
- h) da saúde;
- i) das infraestruturas e habitação;
- j) da juventude e modernização.

- **Coordenador Nacional**

Ao Coordenador Nacional compete praticar os atos necessários à implementação do plano aprovado, como outros atos necessários à prossecução dos objetivos da presente estratégia, a designar pelo membro do Governo responsável pelas áreas do trabalho, solidariedade e segurança social, em estreita articulação com o mesmo.

Para auscultação, avaliação, implementação e monitorização dos objetivos definidos nos planos de ação, o Coordenador Nacional reúne regularmente com representantes das seguintes entidades:

- a) Um representante da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (DE-SNS);
- b) Um representante da Agência para a Integração, Migrações e Asilo (AIMA);
- c) Um representante da Associação Nacional de Municípios Portugueses (ANMP);
- d) Um representante das Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional (CCDR);
- e) Um representante da Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental;
- f) Um representante da Direção-Geral da Saúde (DGS);
- g) Um membro do gabinete do membro do Governo responsável pelas áreas da ação social e inclusão;
- h) Um representante da Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP);
- i) Um representante do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I. P. (ICAD);
- j) Um representante do Instituto da Habitação e da Reabilitação Urbana, I. P.;
- k) Um representante do Instituto da Segurança Social, I. P.;
- l) Um representante do Instituto de Emprego e Formação Profissional, I. P.;
- m) Um representante da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa;

- n) Um representante das entidades que representem as pessoas em situação de sem-abrigo e das pessoas que vivenciaram ou se encontram na situação de sem-abrigo;
- o) Um representante dos Núcleos de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo (NPISA) por região (NUTII);
- p) Um representante da Direção-Geral de Recursos da Defesa Nacional.

- **Núcleos de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo (NPISA)**

Os NPISA são estruturas de composição plurisectorial, criadas pelas Câmaras Municipais e integradas nos Conselhos Locais de Ação Social e ou nas plataformas supraconcelhias, da Rede Social.

A coordenação de cada NPISA compete à respetiva Câmara Municipal, ou a um elemento por esta designado, e têm por objetivo garantir uma maior eficácia na prevenção, na racionalização de meios no combate ao fenómeno, e na promoção dos direitos e da inclusão das pessoas em situação de sem-abrigo.

Compete aos NPISA: *(de acordo com Resolução do Conselho de Ministros n.º 208/2024, de 30 de dezembro)*

- a) Contribuir para assegurar a implementação, monitorização e avaliação da NOVA ENIPSSA 2025-2030, a nível regional e local;
- b) Promover uma ação concertada, integrada e em rede, com as entidades que desenvolvem neste domínio a sua intervenção;
- c) Proteger a dignidade das pessoas em situação de sem-abrigo, promovendo e facilitando o acesso e o exercício dos direitos: proteção social; habitação; saúde; emprego e formação e à educação, em estreita articulação com as entidades locais e nacionais;
- d) Promover campanhas de sensibilização para prevenir a discriminação e a estigmatização das pessoas em situação de sem-abrigo;
- e) Assegurar o direito a um técnico de referência e a um plano individual de inclusão e ou contrato de inserção, que possibilitem a saída sustentável da situação e a autonomia das pessoas em situação de sem-abrigo;
- f) Garantir, em articulação com o Conselho Local de Ação Social, uma maior eficácia e uma melhor cobertura e organização do conjunto de respostas e equipamentos de resposta às necessidades das pessoas em situação de sem-abrigo;
- g) Elaborar o plano de ação bianual do NPISA, em linha com os eixos e objetivos estratégicos dos respetivos planos de ação, da NOVA ENIPSSA, e em estreita articulação com os objetivos estratégicos do Plano de Desenvolvimento Social, da Rede Social, definido em cada território, a

apresentar ao coordenador nacional até ao dia 31 de dezembro de cada ano, bem como o respetivo relatório de atividades, de avaliação e execução das medidas e atividades desenvolvidas, a apresentar até ao dia 31 de março do ano seguinte.~

CONCEITO DE «PESSOA EM SITUAÇÃO DE SEM-ABRIGO»¹⁰

Considera-se pessoa em situação de sem-abrigo aquela que, independentemente da sua nacionalidade, situação documental, origem racial ou étnica, religião, idade, sexo, orientação sexual, condição socioeconómica, condição de saúde física e mental e situação de deficiência, se encontre:

- Sem-teto, vivendo no espaço público, alojada em abrigo de emergência ou com paradeiro em local precário;
- Sem-casa, encontrando-se em alojamento temporário destinado para o efeito.

Figura 2. O conceito de pessoa em situação de sem-abrigo



¹⁰ European Typology of Homelessness and housing exclusion (ETHOS (light) -FEANTSA - European Federation of National Organisations Working with the Homeless, disponível em https://www.feantsa.org/download/ethos_pt_final1893132162398804628.pdf

Tabela 1. Resumo das categorias no âmbito do conceito de pessoa em situação de sem-abrigo ¹¹

Pessoa em situação de sem-abrigo (Categorias utilizadas no conceito)		Prevenção
Sem teto	Sem casa *	Em risco
<ul style="list-style-type: none"> • Por espaço público consideram-se espaços de utilização pública como: <ul style="list-style-type: none"> • Rua; • Jardins; • estações de metro e de camionagem; • paragens de autocarro; • estacionamento; • passeios; • viadutos; • pontes ou outros. • Por abrigo de emergência considera-se qualquer equipamento que acolha, de imediato, gratuitamente e por períodos de curta duração, pessoas que não tenham acesso a outro local de pernoita; • Por local precário, local que, devido às condições em que se encontra permita uma utilização pública, tais como: <ul style="list-style-type: none"> • carros abandonados; • vãos de escada; • entradas de prédios; • fábricas e prédios abandonados; • casas abandonadas ou outros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pessoas a viver em centros de alojamento temporário / albergues, onde a pernoita é limitada / sem acesso a alojamento de longa duração • Pessoas a viver em alojamentos específicos para pessoas sem casa / alojamento (ex. apartamentos de transição), onde a pernoita é limitada / sem acesso a alojamento de longa duração • Pessoas a viver em pensões ou quartos pagos pelos serviços sociais 	<p>Pessoas a viver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • em casa abrigo para vítimas de violência doméstica • em instituição de saúde, cuja estadia se prolonga devido a ausência de resposta habitacional prévia ou posterior à institucionalização • em estabelecimento prisional em cumprimento de pena ou medida privativa da liberdade, sem enquadramento habitacional no exterior ou em risco de o perder • noutro tipo instituição, cuja estadia se prolonga devido a ausência de resposta habitacional prévia ou posterior à institucionalização • em habitação não convencional e não adequada (ex. caravana, estrutura precária / provisória), usada como alternativa à falta de habitação, não sendo esta o seu local habitual de residência • temporariamente em alojamento convencional com família ou pessoas amigas - como situação de recurso - devido à falta de habitação, não sendo este o local habitual de residência da pessoa; • em situação habitacional insegura, na sequência de receção de aviso de despejo.

*Na categoria “Sem casa” **não se incluem** os equipamentos que constituem respostas específicas para determinadas problemáticas, tais como:

- Infância e juventude (Lar de Apoio, Casas de Acolhimento e Apartamento de Autonomização);
- Pessoas Idosas (Centro de Noite e Estrutura Residencial para Pessoas Idosas);
- Pessoas Adultas com Deficiência (Lar Residencial);
- Pessoas Adultas em situação de Dependência (Unidade de Vida Protegida, Unidade de Vida Autónoma e Unidade de Vida Apoiada);
- Família e Comunidade em Geral (Centro de Apoio à Vida e Comunidade de Inserção);
- Pessoas Infetadas pelo VIH/SIDA (Residência para Pessoas Infetadas pelo VIH/SIDA);
- Pessoas com comportamentos aditivos e dependências (Apartamento de Reinserção Social; Comunidades Terapêuticas, Centro de Acolhimento e Centro de Abrigo);
- Pessoas Vítimas de Violência Doméstica (Casa Abrigo).

¹¹In <http://www.enipssa.pt/conceito-de-pessoa-em-situacao-de-sem-abrigo>

MODELO DE INTERVENÇÃO¹²

O modelo de intervenção ENIPSSA 2025-2030 requer uma perspetiva interdisciplinar, uma abordagem articulada, integrada e personalizada, sustentada em estruturas comunitárias de proximidade, alinhado com os objetivos nacionais e locais dos territórios, bem como a adequação operativa entre as diversas políticas públicas, da saúde, habitação, emprego, proteção social, a nível central, regional e local¹³

A ENIPSSA 2025-2030 reflete o compromisso de Portugal, no âmbito da CE, com uma sociedade mais justa e inclusiva, abordando a situação de sem-abrigo com uma estratégia holística e integrada, **centrada na dignidade e autonomia das pessoas**, com recurso a metodologia baseada na evidência científica, e na utilização da Plataforma Europeia de Combate à Situação de Sem-Abrigo (EPOCH).

Aspira ser uma resposta ao reconhecimento da **complexidade, multidimensionalidade e heterogeneidade do fenómeno**, garantindo respostas integradas em habitação, ação social, saúde e emprego, através do compromisso concertado entre entidades governamentais, de economia social e comunidade.

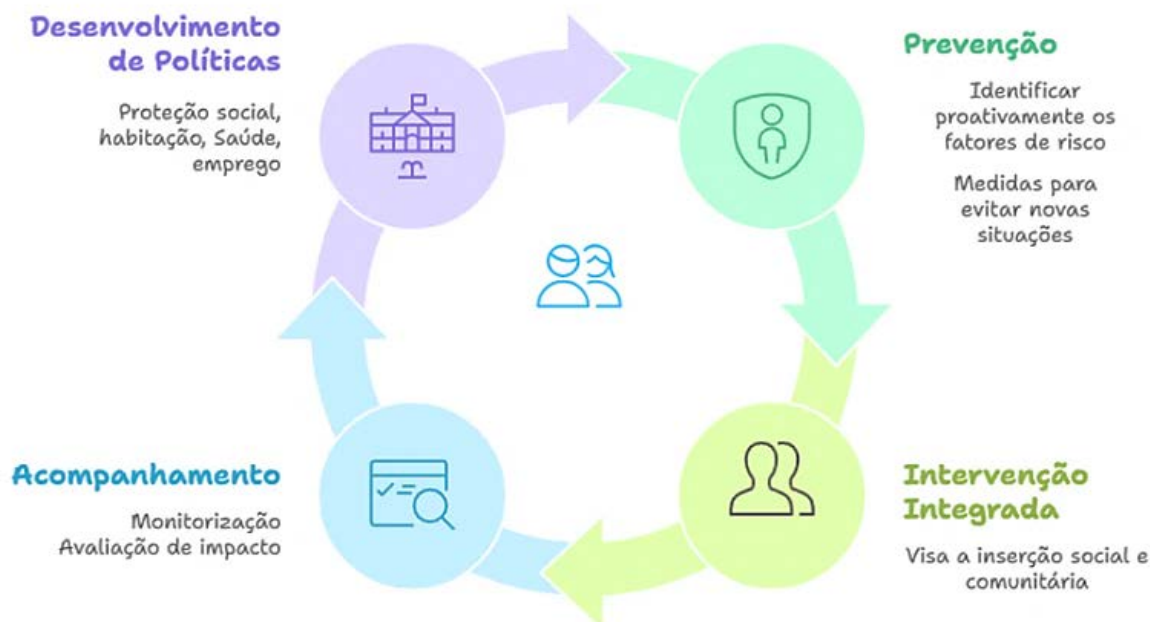
Visa a mitigação do fenómeno através de uma forte aposta na prevenção, procedendo à monitorização contínua do fenómeno, com recurso à identificação constante de fatores causais que possam ser considerados indicadores de risco para situações de sem-abrigo e de precariedade habitacional, permitindo a atuação precoce, por forma a evitar ou minimizar o risco de permanecer em situação de sem-abrigo.

O modelo de intervenção segue as orientações da Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo (NOVA ENIPSSA 25/30) e da Plataforma Europeia de Combate à Situação de Sem-Abrigo (EPOCH), e pretende ser um modelo integrado, em que se interligam as dimensões do desenvolvimento de políticas, da prevenção, do acompanhamento e da intervenção integrada.

¹² In NOVA ENIPSSA 2025-2030 (junho 2025). Guia para a Intervenção.

¹³ In Resolução de Conselho de Ministros nº 208/2024 de 30 de dezembro de 2024, disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/208-2024-901536082>

Figura 2. Modelo Integrado



Fonte: NOVA ENIPSSA 2025-2030 - Guia para a Intervenção (julho 2025).

Fases da Intervenção

1. Diagnóstico

- Avaliação global das capacidades, expectativas e necessidades da pessoa, abrangendo as dimensões de habitação, saúde física e mental, rendimentos, suporte social e potencial de empregabilidade.
- Atribuição de um gestor de caso responsável pelo acompanhamento contínuo.
- Definição de um plano individualizado de intervenção, com objetivos, ações e metas específicas, que deve ser delineado pelos técnicos com a participação das pessoas em causa.
- Mobilização de parcerias chave e criação de canais de acesso, definição de procedimentos com indicação de técnicos de referência, dos respetivos serviços.

2. Acolhimento e Integração Habitacional

A adequação das soluções habitacionais ao perfil de cada pessoa é fundamental para garantir a eficácia da intervenção. Para tal, como acima referido, é necessário realizar um diagnóstico social aprofundado e elaborar um plano de ação personalizado, que considere as necessidades específicas

de cada pessoa. A prioridade deve ser dada à habitação, utilizando programas como o *Housing First*, Apartamentos Partilhados, Estruturas de Transição e de Apoio à Autonomia.

3. Saúde: Prevenção, Promoção e Proteção

Prevenção

- Vacinação;
- Rastreamentos /Intervenção precoce no âmbito das doenças transmissíveis e não transmissíveis;

Promoção

- Promoção de hábitos de vida saudáveis;
- Desenvolvimento de competências de autocuidado e literacia em saúde;

Proteção

- Acompanhamento continuado de situações clínicas existentes;
- Garantia de ligação aos serviços de saúde primários, hospitalares (especialidades médico-cirúrgicas e psiquiátricas);
- Definição de Protocolos para resposta a situações de risco agravado (ex. vagas de frio, surtos);
- Promoção do acesso informado, atempado e equitativo aos serviços de saúde disponíveis;

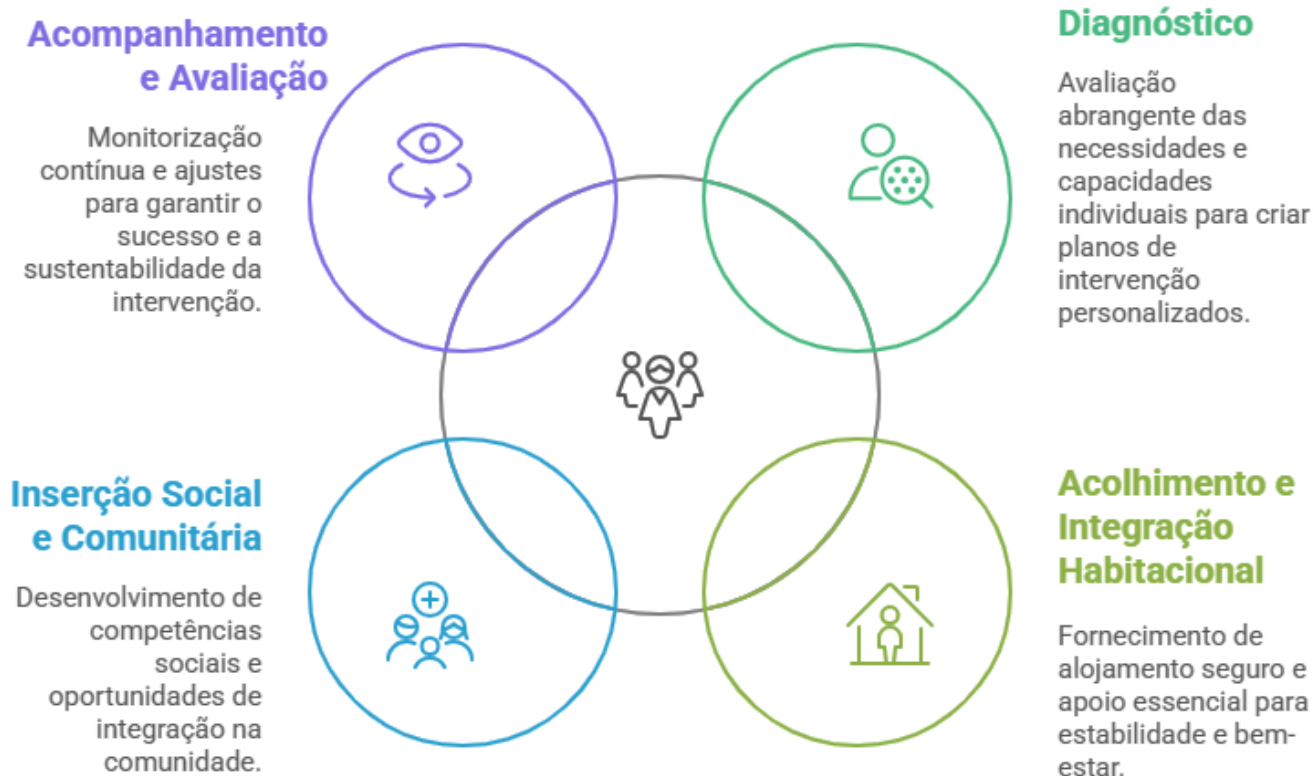
4. Inserção Social e Comunitária

Assegurar o acesso a cuidados e a serviços essenciais (saúde, higiene, alimentação, documentação legal, apoio psicológico e psiquiátrico nomeadamente no pós-alta clínica, tratamento na área dos Comportamentos Aditivos e Dependências, capacitação e emprego sempre que adequado).

5. Acompanhamento e Avaliação

Por forma a garantir a estabilidade e efetividade da resposta, torna-se fundamental um acompanhamento psicossocial contínuo. Este, deve incluir a monitorização regular da situação e a implementação de estratégias de prevenção de situações de reincidência. Além disso, é essencial reforçar as redes comunitárias, promovendo o sentimento de pertença e inserção social.

Figura 3. Intervenção Integrada



Fonte: NOVA ENIPSSA 2025-2030 - Guia para a Intervenção (julho 2025).

2. ARTICULAÇÃO ENTRE NPISA E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM CAD

O modelo de intervenção preconizado pela NOVA ENIPSSA define um conjunto de procedimentos a serem aplicados aos casos identificados como em situação de sem-abrigo ou em risco, de acordo com os requisitos definidos no conceito de pessoa em situação de sem-abrigo, de forma a promover uma intervenção multidimensional e integrada.

Como referido anteriormente, de acordo com o preconizado, urge que as Pessoas em Situação de Sem-Abrigo (PSSA), ou em risco, sejam identificadas o mais precocemente possível, pelo que a sinalização pode ser feita por uma entidade ou qualquer cidadão.

Sempre que num território exista um NPISA devidamente constituído, a sinalização é efetuada para esta entidade. Caso não se verifique a existência de um NPISA, a sinalização deve ser dirigida aos Serviços de Ação Social do Município (SAAS), ao Interlocutor Local para a ENIPSSA da Rede Social, ou na ausência destes dois, a situação deve ser encaminhada para a Segurança Social através da Linha Nacional de Emergência Social (LNES) – 144.

Após a sinalização deverá ser promovido o atendimento da pessoa em situação de sem-abrigo, e designado um **Gestor de Caso**. Este técnico será responsável pela realização de um diagnóstico multidimensional e pela gestão e articulação do processo com outras entidades envolvidas no âmbito do Plano Individualizado de Intervenção (PII). Mediante os objetivos, as ações e as metas, devem ser identificadas as problemáticas dominantes, de forma a facilitar a mobilização de recursos adequados.

Assim, sempre que a PSSA apresente problemas ligados aos CAD, o Gestor de Caso deverá referenciá-la para o **interlocutor da Unidade de Intervenção Local (UIL-CAD)** territorialmente competente, (ver Anexo 1-Estruturas especializadas em CAD, e Anexo 2-Unidades de Intervenção Local CAD - Contatos).

Neste sentido, compete ao **interlocutor da UIL-CAD** garantir, ao cidadão com CAD, o acesso aos cuidados de saúde integrados, beneficiando das respostas, que em cada momento, este necessitar.

Este acesso será garantido pelo agendamento de uma consulta de acolhimento na UIL-CAD que, mediante avaliação da PSSA e da sua situação específica, articulará com a Equipa Técnica Especializada de Tratamento, Reinserção e/ou RRMD.

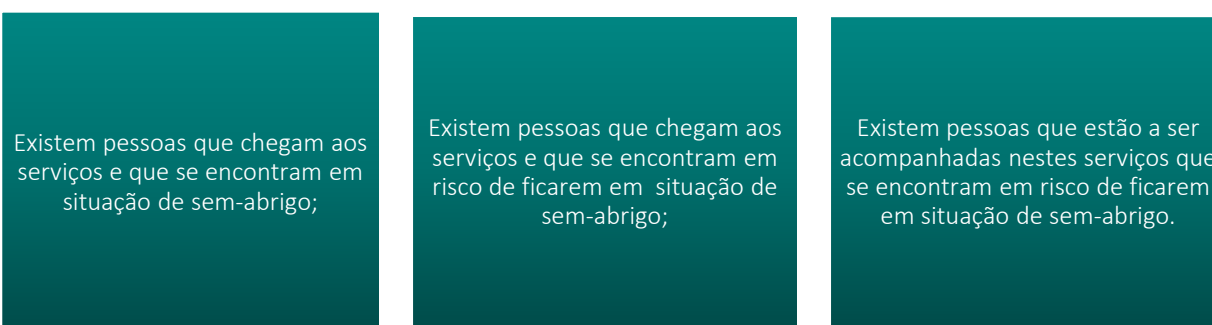
2.1. ARTICULAÇÃO ENTRE OS NPISA, AS UIL-CAD E AS ESTRUTURAS SOCIOSSANITÁRIAS DE RRMD

O Plano Individualizado de Intervenção (PII) preconizado pelo *Modelo de Intervenção Integrado* deverá ser construído pelo Gestor de Caso, em conjunto com a PSSA, envolvendo o técnico de referência da UIL-CAD e, sempre que aplicável, o técnico da Estrutura Socio sanitária da RRMD¹⁴ (ES de RRMD).

Inicia-se, assim, um processo de **acompanhamento conjunto**, que deverá mobilizar todas as respostas necessárias para atingir a autonomização da pessoa em situação de sem-abrigo, em articulação estreita entre o NPISA/Gestor de Caso e o Técnico de Referência da rede de serviços CAD (CRI/UA/ESS de RRMD). A monitorização do PII e a avaliação dos resultados atingidos é assegurada pelo gestor de caso, em conjunto com todos os técnicos envolvidos, de acordo com a intervenção integrada e ajustada às necessidades.

No caso de a articulação ser iniciada por parte das UIL-CAD ou das ES de RRMD¹⁵, é pertinente considerar as seguintes situações:

Figura 4. Situações a considerar no caso de a articulação ser iniciada por parte das UIL-CAD



Considera-se que as pessoas se encontram em risco de ficarem em situação de sem-abrigo, sempre que se enquadrem nas tipologias habitacionais definidas na Tabela 1 da página 15, mas também sempre que

¹⁴ Consultar Anexo sobre Estruturas socio sanitárias da RRMD

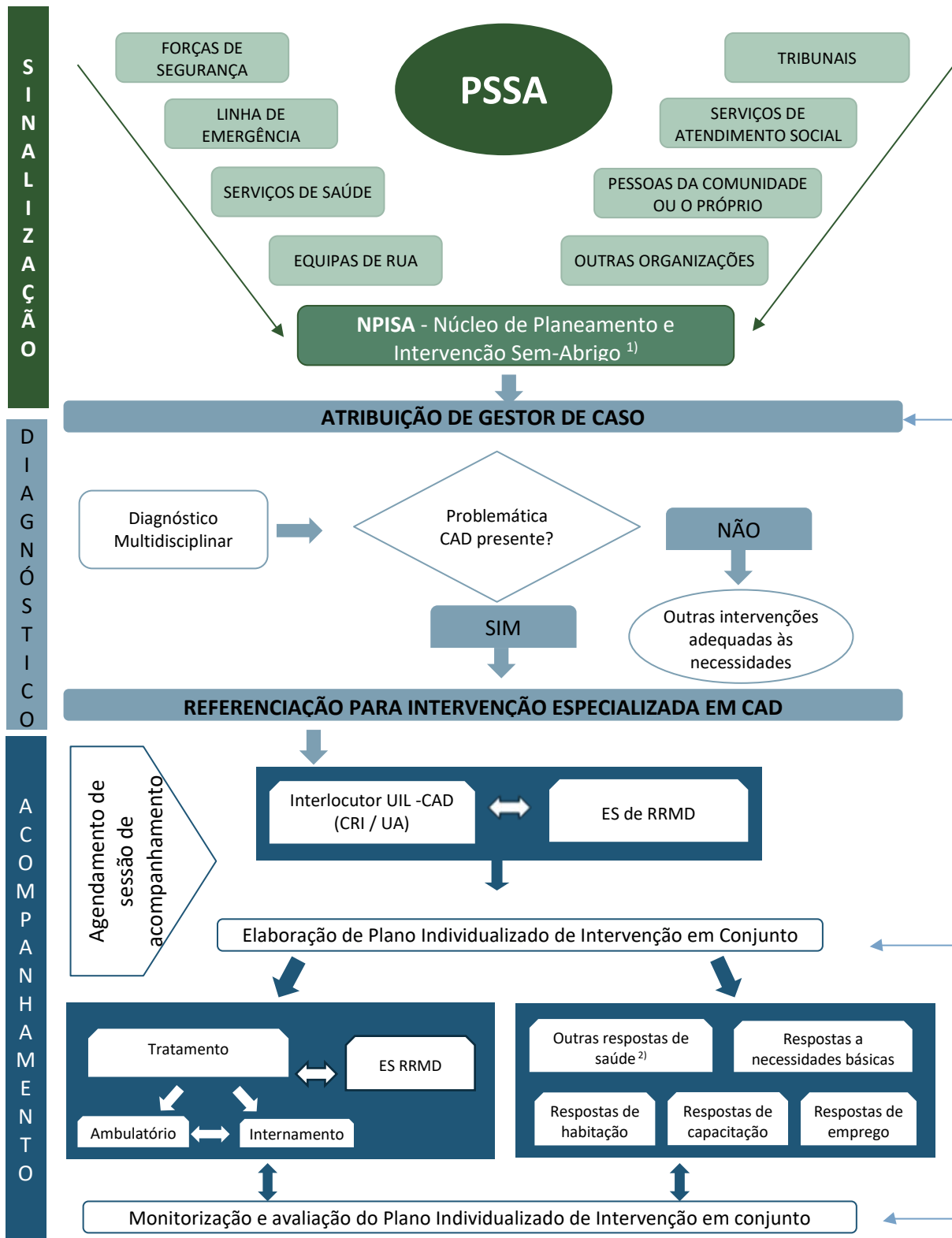
¹⁵ Consultar Anexo sobre Unidades de Intervenção local e sobre Estruturas socio sanitárias da RRMD

se conjuguem vários outros fatores de fragilidade, como por exemplo, a perda de rendimentos, a existência de comorbilidades psiquiátricas, a ausência de qualquer rede de suporte, entre outras.

Nestas situações, o técnico da rede de respostas em CAD deverá **referenciar** a PSSA ao NPISA competente ou, caso não exista, aos SAAS, ao Interlocutor Local para a ENIPSSA da Rede Social, ou para a Segurança Social através da LNES.

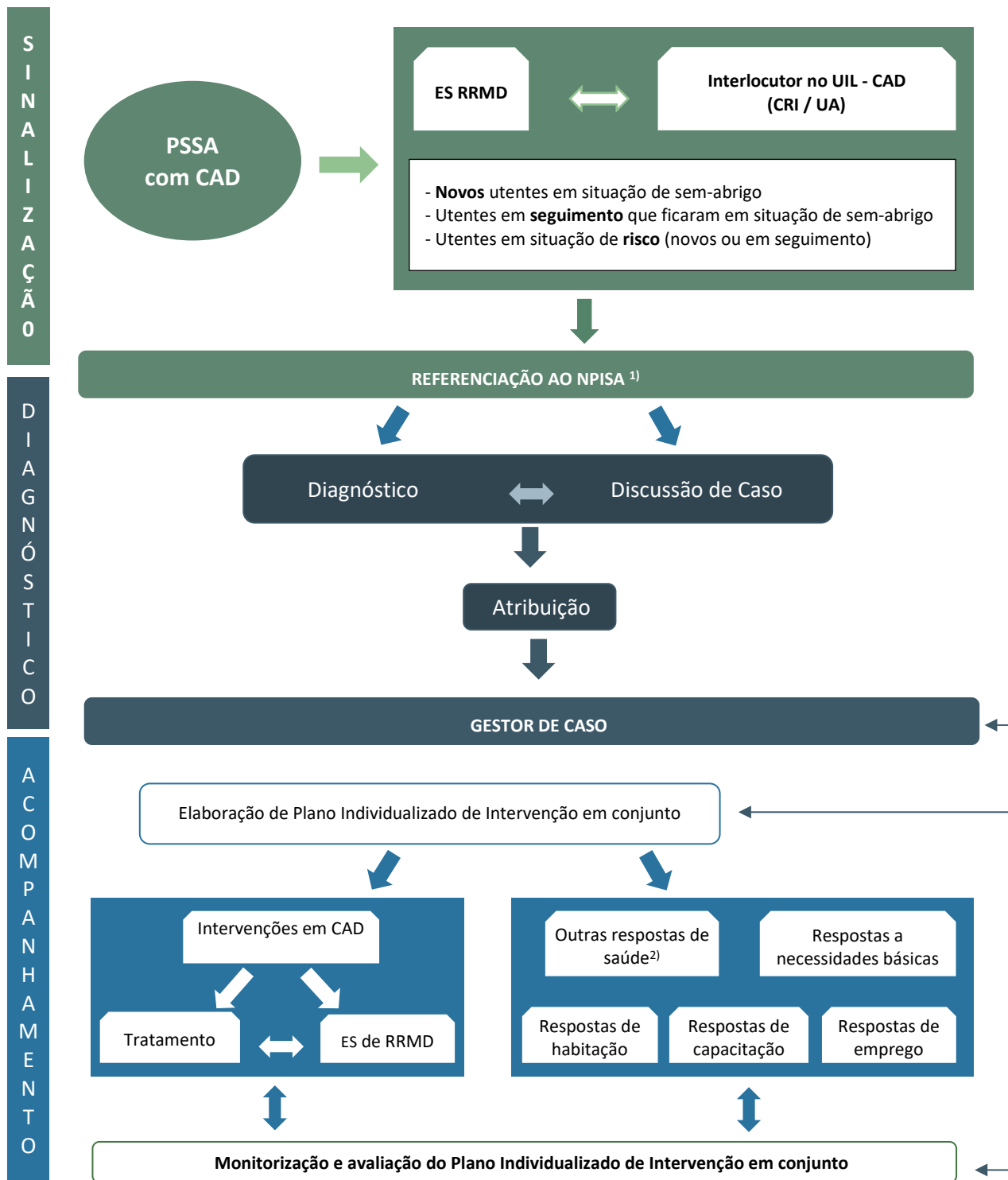
Após referenciação, deve ser promovido o **diagnóstico e/ou a discussão do caso** de forma articulada entre o técnico de referência da rede de serviços CAD e do NPISA. Desta articulação deverá resultar a designação do Gestor de Caso, que em conjunto com a PSSA ou em risco, deverá elaborar o respetivo Plano Individualizado de Intervenção, contemplando a intervenção em CAD. Durante o acompanhamento, o contato entre o técnico da rede de respostas em CAD e o Gestor de Caso deve ser regular e adequado às necessidades que forem surgindo no âmbito da implementação do PII.

2.1.1. DIAGRAMA DE ARTICULAÇÃO ENTRE NPISA E CRI / UA / ES RRMD



1) Sempre que não exista NPISA constituído, o encaminhamento deve ser para os SAAS ou Interlocutor Local para a ENIPSSA da Rede Social
 2) Consultas de especialidade, serviços de Saúde Mental, etc.

2.1.2. Diagrama de articulação entre CRI/ UA/ ES RRMD e NPISA



1) Sempre que não exista NPISA constituído, o encaminhamento deve ser para os SAAS ou Interlocutor Local para a ENIPSSA da Rede Social

2) Consultas de especialidade, serviços de Saúde Mental, etc

2.2. ARTICULAÇÃO ENTRE OS NPISA E AS COMISSÕES PARA A DISSUAÇÃO DA TOXICODEPENDÊNCIA

As Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT), no âmbito da sua missão, recebem pessoas notificadas pelas autoridades policiais, por se encontrarem a consumir, na posse e/ou a adquirir substâncias psicoativas ilícitas, algumas das quais em situação de risco ou de sem-abrigo.

É imprescindível uma correta identificação, com recurso à utilização do Conceito de PSSA e respetivos requisitos operacionais, e uma ágil referenciação para as estruturas mais adequadas face às necessidades identificadas, designadamente para os NPISA e para as Unidades de Intervenção Local em comportamentos aditivos e dependências (UIL-CAD). As comissões constituem mais uma via de acesso ao tratamento e à integração social desta população.

A intervenção das CDT e posterior referenciação tem por base, entre outros, o rastreio do nível de risco em que os indiciados se encontram face aos consumos de SPA, podendo, de acordo com os critérios definidos nas Linhas Orientadoras para a Intervenção em Dissuasão (LOID), serem identificados, em termos globais, os seguintes níveis de risco: alto risco; risco moderado ou risco moderado/uso nocivo e baixo risco.

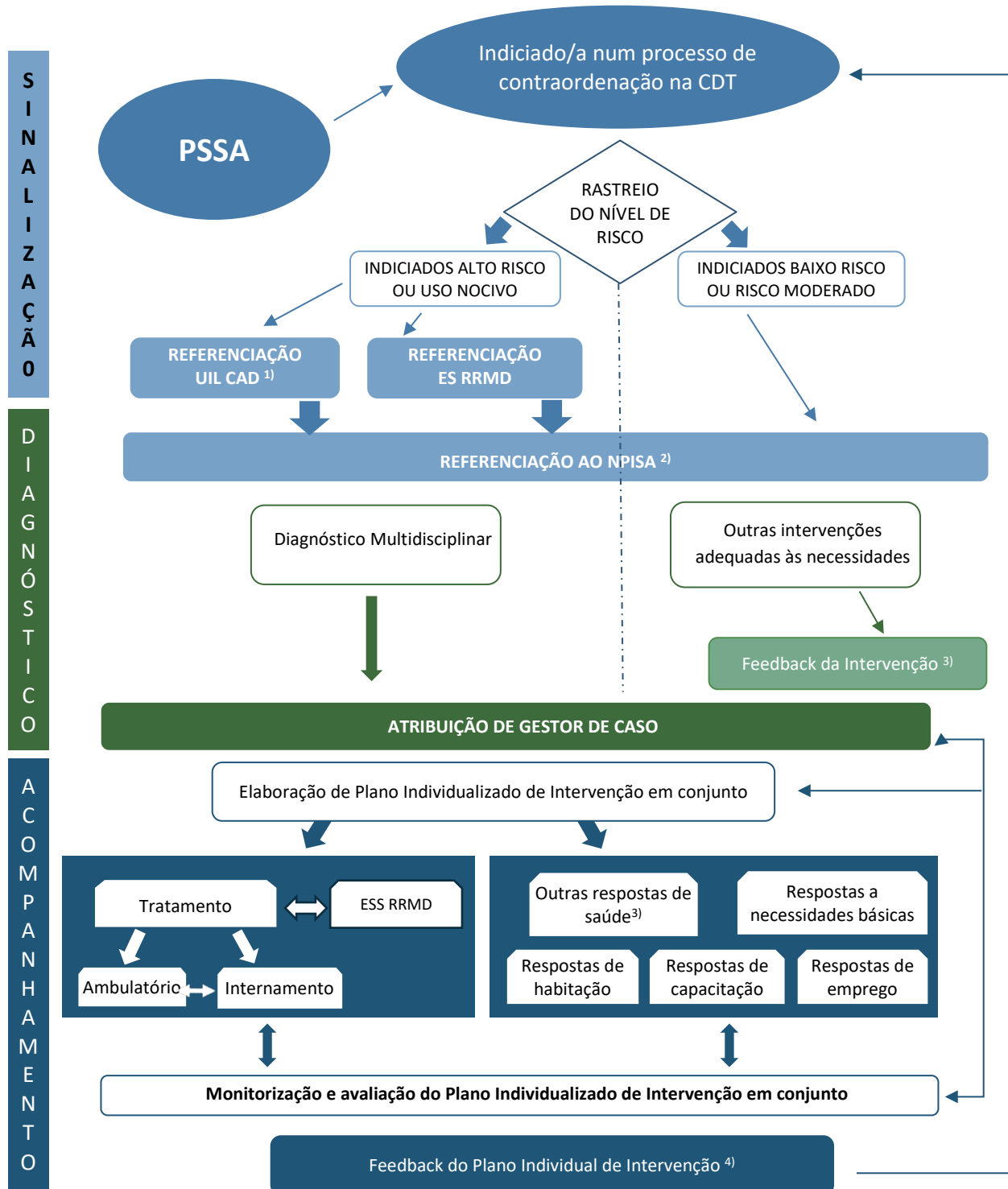
Tratando-se de indiciados avaliados como estando em situação de alto risco ou de risco moderado/uso nocivo face aos consumos e que necessitam e aceitam um tratamento especializado na área dos CAD, deverão as CDT efetuar a sinalização direta para as UIL-CAD ou para as estruturas de RRMD, devendo ser seguidos os procedimentos habituais de sinalização e articulação. Deverão ser as UIL-CAD e as estruturas de RRMD, de acordo com o estabelecido neste Guia, a efetuar a sinalização do caso para o NPISA territorialmente competente (ou, na ausência deste, aos SAAS ou Interlocutor Local para a ENIPSSA da Rede Social). Deverão, ainda, em conjunto (UIL-CAD, estruturas de RRMD e NPISA) implementar, de acordo com as necessidades diagnosticadas, os procedimentos previstos no Modelo de Intervenção Integrado aprovado pela ENIPSSA, por forma a promover uma intervenção multidimensional e integrada, com vista à inserção e autonomização face aos serviços de apoio.

Tratando-se de indiciados avaliados como estando em situação de baixo risco ou de risco moderado face aos consumos que não necessitam de tratamento ou tendo indicação para intervenção na UIL-CAD, não a aceitam, deverá ser efetuada a referenciação direta do caso ao NPISA territorialmente competente (ou, na ausência deste, aos SAAS ou Interlocutor Local para a ENIPSSA da Rede Social), sendo estas as

estruturas que darão seguimento ao processo de acordo com os procedimentos definidos no Modelo de Intervenção Integrado aprovado pela ENIPSSA.

As entidades responsáveis pelo acompanhamento/mediação da intervenção desenvolvida pelos diversos serviços envolvidos deverão informar a CDT sobre a adesão do indiciado e o plano de intervenção previsto (Feedback da Intervenção) e as CDT deverão solicitar o ponto de situação do indiciado aquando do arquivamento do processo (Feedback do Plano Individual de Intervenção), o qual tem implicações diretas na deliberação da Comissão sobre o termo do processo (despacho de arquivamento ou de cumprimento da medida imposta).

2.2.1. Diagrama de articulação entre as CDT, as UIL-CAD e os NPISA



1) O encaminhamento deve ser efetuado para os interlocutores de cada UIL, identificados no anexo 2 do Guia.

2) Sempre que não exista NPISA constituído, o encaminhamento deve ser efetuado para o Interlocutor Local para a ENIPSSA da Rede Social.

3) Os NPISA informarão a CDT sobre o Plano de Intervenção previsto.

4) Ao abrigo da legislação em vigor (**Portaria n.º 540/2001, de 28 de maio**), os serviços de saúde deverão informar a CDT sobre a regularidade das apresentações, bem como do termo da necessidade clínica das mesmas.

3. Interlocutores para a ENIPSSA

3.1. Interlocutores das UIL-CAD

Tendo como objetivo garantir a acessibilidade das pessoas em situação de sem-abrigo aos cuidados de saúde especializados em CAD, a existência de interlocutores nos serviços surge como medida facilitadora de articulação, que contribui para a fluidez dos canais de comunicação institucionais.

Assim, as Unidades de Intervenção Local (CRI e UA) dispõem de um interlocutor para a ENIPSSA, que, genericamente, tem como função facilitar o acesso aos cuidados de saúde especializados em CAD por parte desta população e articular com o interlocutor da Unidade Central do ICAD, I.P., (Departamento de Intervenção Integrada), caso necessário.

Para além desta iniciativa, cada UIL poderá ponderar outras medidas facilitadoras da intervenção junto das pessoas em situação de sem-abrigo, tais como: a constituição de equipas biopsicossociais que se especializem nesta temática; o atendimento em espaços comuns (dos diferentes parceiros) e outras iniciativas que poderão potenciar a garantia de um atendimento/acompanhamento mais célere, realizando-se uma intervenção contínua e global.

As competências do Interlocutor são:

- Integrar os NPISA em representação do CRI/UA e/ou ET, e/ou articular com os mesmos;
- Garantir, através da articulação com o NPISA/Gestor de Caso, o acesso aos cuidados de saúde integrados da PSSA com CAD, de acordo com o diagnóstico das suas necessidades, sendo o mesmo sempre implicado no processo e no respetivo Plano Individual de Intervenção.;
- Agilizar, consoante o caso, a marcação de consultas nas UIL-CAD, consoante as necessidades, apuradas no diagnóstico e a motivação do cidadão;
- Priorizar as situações de emergência, na marcação de consultas nas UIL-CAD, sempre que exequível;
- Facilitar a comunicação interna e a disseminação de informação;
- Identificar dificuldades e constrangimentos na intervenção;
- Promover a discussão de casos, sempre que se justifique;
- Desempenhar a função de Gestor de Caso, sempre que o respetivo NPISA o solicite;
- Referenciar ao NPISA, as PSSA identificadas ou em risco, pressupondo sempre o seu consentimento informado;

- Promover a qualificação técnica das equipas e das entidades parceiras, designadamente participando em ações de formação conjuntas;
- Monitorizar e acompanhar a implementação dos PII das PSSA, efetuando os registos no Sistema de Informação Multidisciplinar;
- Promover e/ou participar na realização e atualização de diagnósticos sobre esta problemática;
- Contribuir para a monitorização do fenómeno ao nível local.

3.2. Interlocutores das CDT

As CDT contribuem para a implementação dos procedimentos previstos no Modelo de Intervenção Integrado aprovado pela ENIPSSA, visando uma intervenção multidimensional e integrada para promover a inserção e autonomização dos indiciados com CAD em situação de sem-abrigo.

As competências do Interlocutor são:

- **Identificar** os indiciados em situação de sem-abrigo e referenciá-los para as estruturas adequadas, mediante a avaliação como o nível de risco em relação ao consumo de substâncias psicoativas (SPA):
- **Referenciar e Articular:**
 - Para indiciados em situação de sem-abrigo e de alto risco ou risco moderado/uso nocivo de substâncias que necessitam de tratamento, as CDT sinalizam diretamente para as UIL-CAD ou estruturas de RRMD (Redução de Riscos e Minimização de Danos). Estas, por sua vez, sinalizam o caso para o NPISA competente. *
 - Para indiciados em situação de sem-abrigo e de baixo risco ou de risco moderado face ao consumo, as CDT efetuam a referência direta do caso ao NPISA territorialmente competente. *
 - Solicitar Feedback da adesão do indiciado referenciado e respetivo ponto de situação face ao Plano Individual de Intervenção delineado para o caso, por este ter implicações diretas na deliberação da Comissão sobre o termo do processo de contraordenação.

**(caso não exista NPISA no território em causa, a referência deverá ser feita para o SAAS, o Interlocutor Local para a ENIPSSA da Rede Social, ou para a Segurança Social através da LNES.)*

ACRÓNIMOS

Sigla/Acrónimo	Significado
CAD	Comportamentos Aditivos e Dependências
CDT	Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência
CRI	Centro de Respostas Integradas
DGS	Direção-Geral da Saúde
ENIPSSA	Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas em Situação de Sem-Abrigo
EPOCH	European Platform on Combating Homelessness (Plataforma Europeia de Combate à Situação de Sem-Abrigo)
ET	Equipa Técnica
ETHOS	European Typology of Homelessness and Housing Exclusion
ES de RRMD	Estrutura Sociossanitária de Redução de Riscos e Minimização de Danos
FEANTSA	European Federation of National Organizations Working with the Homeless
ICAD, I.P.	Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P.
LNES	Linha Nacional de Emergência Social
LOID	Linhas Orientadoras para a Intervenção em Dissuasão
NPISA	Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo
PII	Plano Individualizado de Intervenção
PLA	Problemas Ligados ao Álcool
PORI	Plano Operacional de Respostas Integradas
PSSA	Pessoa em Situação de Sem-Abrigo
RRMD	Redução de Riscos e Minimização de Danos
SAAS	Serviços de Ação Social do Município
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (anterior ao ICAD)
SPA	Substâncias Psicoativas
UA	Unidade de Alcoologia
UIL	Unidade de Intervenção Local

RECURSOS E FONTES

Documentos Estratégicos

- Nova Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo 2025-2030 (Resolução do Conselho de Ministros n.º 208/2024, de 30 de dezembro, disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/208-2024-901536082>
- Plano Nacional de Saúde 2030 (PNS 2030), disponível em [Plano Nacional de Saúde – Plano Nacional de Saúde](#)
- Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2021-2030, disponível em <https://www.icad.pt/Legislation/GetFile?id=979&languageId=1>
- Plano de Ação para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências, Horizonte 2024, disponível em <https://www.icad.pt/Page/GetDocument/585>
- Plano Estratégico ICAD, I.P. 2024-2026, disponível em <https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=724&languageId=1>

Legislação no âmbito dos CAD

- [Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99](#) - 1ª Estratégia nacional de luta contra a droga 1999 a 2004, e criação das primeiras estruturas institucionais vocacionadas para enfrentar o problema da droga e da toxicodependência.
- [Lei n.º 7/97 de 8 de março](#) - Procede ao alargamento da rede de serviços públicos para o tratamento e reinserção dos cidadãos com CAD, por forma a garantir o seu acesso a cuidados de prevenção, tratamento e reinserção social e profissional.
- [Lei nº 30/2000 de 29 de novembro \(versão atualizada\)](#) - Lei da descriminalização do consumo que alterou a forma como se olha para um consumidor de drogas, deixando de lado o preconceito que o comparava a um criminoso, passando a considerá-lo como uma pessoa que necessita de ajuda e apoio especializado.
- [Decreto-Lei nº 130-A/2001 de 23 de abril \(versão atualizada\)](#) - Estabelece a organização, o processo e o regime de funcionamento das comissões para a dissuasão da toxicodependência.
- [Lei nº 55/2023 de 8 de setembro](#) - Clarifica o regime sancionatório relativo à detenção de droga para consumo independentemente da quantidade.
- [Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de junho](#) - Estabelece respostas na área da redução de riscos e minimização de danos (RRMD) que constituem a Rede Nacional de RRMD.
- [Despacho Conjunto nº. 5517/2023 de 12 de maio](#) e [Despacho 4665/2025 de 16 de maio](#) – regulam, respetivamente, os critérios de admissão e participação em unidades privadas convencionadas, através de Termo de Responsabilidade emitido pelo ICAD, I.P.

- [Portaria n.º 27/2013 de 24 de janeiro](#) - Define os princípios, regras e procedimentos a que devem obedecer as condições de autorização e atribuição de apoio financeiro pelo ICAD, a entidades promotoras de projetos que constituem os Programas de Respostas Integradas.
- [Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro](#) - criação do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I. P. (ICAD, I. P.), extinguindo, por fusão, o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), bem como à reestruturação das Administrações Regionais de Saúde, I. P. (ARS, I. P.).
- [Portaria n.º 6-A/2024, de 4 de janeiro](#)- Estatutos do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I. P., definindo a respetiva organização interna.

Outras Fontes

- ENIPSSA
<https://www.enipssa.pt/enipssa>
- NOVA ENIPSSA 2025-2030 (2025). Guia para a Intervenção.
- European Typology of Homelessness and housing exclusion (ETHOS (light) -FEANTSA - European Federation of National Organizations Working with the Homeless. Disponível em <https://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion>
- Serviço de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD, 2020). Guia de Apoio à acessibilidade das pessoas em Situação de Sem-Abrigo aos cuidados de saúde especializados em comportamentos aditivos e dependências.
Disponível em <https://www.icad.pt/DocumentList/Index/63?languageId=1>

ANEXO 1: Serviços Especializados em CAD

O Modelo português de intervenção em CAD caracteriza-se pela primazia com que sempre entalhou o entendimento, o desenvolvimento e a reflexão da intervenção, numa abordagem biopsicossocial, emoldurada na visão humanista do utente, centro do desenho de toda a intervenção, que procura de forma integrada articular os diferentes recursos terapêuticos, em momentos simultâneos ou sucessivos conforme diagnóstico emergente das necessidades, capacidades e prognóstico inerentes a cada caso.

Dada a complexidade e multidimensionalidade em que se inscrevem os comportamentos aditivos e dependências, este modelo pressupõe *um contínuo interdependente de respostas, designadamente de prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção*. Respostas que, com exceção da dissuasão, são disponibilizadas por equipas técnicas especializadas a operar nas Unidades de Intervenção Local (UIL), desenvolvidas para o efeito, afetas ao Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P. (ICAD, I.P), e distribuídas por todo o território continental. No caso do Arquipélago da Madeira e do Arquipélago dos Açores, os serviços de intervenção em CAD são disponibilizados pelos respetivos governos regionais.¹⁶

Além das UIL, o ICAD, I.P. também financia outras entidades a desenvolverem intervenções de proximidade e comunitárias nos diferentes eixos de intervenção, através do Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI) criado com a finalidade de reforçar a intervenção integrada nestas áreas, sendo considerado uma estratégia eficaz para a redução dos comportamentos aditivos e as dependências procurando potenciar as sinergias disponíveis no território.

Este Programa, dinamizado pelo ICAD, I.P. foi desenvolvido de acordo com a orientação estratégica definida pela Organização Internacional do Trabalho, para o contexto da luta contra a pobreza e a exclusão social, e todas as intervenções são cofinanciadas até 80% pelo ICAD, I.P.. O financiamento é atribuído por concurso público para as áreas de intervenção (Prevenção, RRMD, Tratamento, Reinserção) previamente diagnosticadas como lacunares em cada território. Os projetos selecionados e contratualizados são acompanhados e motorizados pelos CRI, articulando sempre que necessário com as UIL do seu território.

De forma a melhor promover o acesso dos cidadãos aos cuidados e serviços de saúde, assegurando, ainda, a sinalização de novos casos e intervenção precoce, foi desenvolvida uma Rede de Referência/

¹⁶<https://www.madeira.gov.pt/drs/Estrutura/DRS/Areas/UnidadeOperacionalIntervencaoComportamentosAditivosDependencias>
<https://portal.azores.gov.pt/web/drpced>

Articulação ¹⁷ onde, para além dos serviços de saúde públicos, estão incluídas entidades privadas com intervenção em CAD e os diferentes sistemas potencialmente envolvidos no trajeto de acompanhamento do utente (Segurança Social, Educação, Segurança Pública, Justiça), bem como os dispositivos dirigidos à problemática da violência doméstica / familiar, às crianças e jovens em risco e aos jovens com problemas de adaptação e inclusão social.

A intervenção no eixo da Dissuasão é exclusiva das Comissões para a Dissuasão da Toxicod dependência (CDT), criadas especialmente para o efeito, e acionadas pelo sistema judicial com a intervenção das Forças de Segurança e Tribunais, perante a aquisição, posse e/ou consumo de substâncias psicoativas ilícitas. A intervenção, centra-se na avaliação e na motivação dos consumidores para a mudança de comportamento para a dissuasão dos consumos, promovendo a saúde e uma maior adesão às respostas especializadas, disponíveis através da referenciação.

O tratamento pode, assim, ser iniciado de duas formas, por iniciativa do próprio utente, que se dirige diretamente à estrutura especializada, ou por referenciação, proveniente de qualquer entidade ou profissional, que em algum momento intervenha no trajeto do utente com CAD.

Seguidamente, é apresentada uma breve descrição das unidades de intervenção local e das estruturas sociosanitárias de Redução de Riscos e Minimização de Danos (programas e estruturas sócio sanitárias - Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de junho).

1. Unidades de Intervenção Local para os CAD (UIL-CAD)

A intervenção de tratamento nas UIL-CAD pode ser desenvolvida em ambulatório (acompanhamento em consulta multidisciplinar), em internamento (de curta duração para desabituação, ou de média ou longa duração, em Comunidade Terapêutica), ou ambas as modalidades. A planificação do tratamento deve ter em conta e ajustar-se às necessidades globais do utente, determinadas não só pelo grau de gravidade do comportamento aditivo, 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 recursos terapêuticos: psicofarmacológicos, psicológicos/ psicoterapêuticos, médicos, intervenções sistémicas e reabilitação social.

1.1. Centros de Respostas Integradas (CRI)

Os CRI são estruturas locais constituídas por equipas técnicas multidisciplinares especializadas em cada um dos eixos de intervenção em CAD, designadamente, prevenção, tratamento, reinserção e redução de riscos minimização de danos, que executam, de forma integrada e articulada entre si, programas específicos de intervenção a nível local, tendo em conta o diagnóstico, as necessidades e capacidades do utente e da família ou envolventes e o seu prognóstico.

A intervenção a nível terapêutico integra sempre, de forma articulada, o acompanhamento ao nível da Medicina/Psiquiatria, Psicologia, Psicoterapia, Enfermagem e Serviço Social.

Consoante os recursos intrínsecos às respetivas equipas, alguns CRI contam, ainda, com estruturas de apoio especializadas, como Centros de Dia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Grupos de Suporte Terapêutico, Consulta Materno-Infantil, Consulta de adolescentes e jovens, Consulta de Nutrição, etc.

De qualquer forma, sempre que se justifique uma resposta de uma área que não seja afeta aos recursos dos CRI, é realizado o encaminhamento em causa, sem interromper o acompanhamento integrado em curso.

Todos os CRI disponibilizam programas farmacológicos especializados (Programa de tratamento com antagonista de opiáceos, e Programa de tratamento com agonistas opiáceos).

1.2. Unidades de Alcoologia (UA)

As UA são Unidades especializadas no tratamento de perturbações relacionadas com a síndrome de abuso ou dependência de álcool, prestadoras de cuidados específicos, diferenciados e integrados, que disponibilizam respostas de tratamento especializado em regime ambulatorio e ou de internamento, consoante a modalidades de tratamento mais adequada a cada caso, de acordo com o diagnóstico traçado relativo à gravidade e padrões de consumo nocivo e de dependência do álcool, moderada a grave.

1.3. Unidades de Desabituação (UD)

As UD proporcionam internamento de curta duração (7 a 10 dias, podendo ir até 20 dias em situações de comorbilidade), que intervêm de forma especializada na paragem dos consumos, seguindo uma abordagem psicofarmacológica, com apoio psicoterapêutico e outros cuidados especializados de saúde, específicos para esta fase de tratamento, permitindo minimizar e tratar a síndrome de privação. Este tipo de intervenção é especialmente dirigido a casos de consumo nocivo e de dependência grave de substâncias psicoativas e poli-consumos, perspetivando sempre, após o *terminus* do internamento, a continuidade de prestação de cuidados e acompanhamento do utente, de acordo com o respetivo plano de intervenção

individual de tratamento, delineado pelo terapeuta de referência a quem foi atribuído, com base no diagnóstico aferido anteriormente em unidade especializada.

Nestas unidades faz-se ainda a estabilização / ajuste da dose / transferência / descontinuação de programas de tratamento com agonista opiáceos, bem como o tratamento e estabilização de comorbilidade psiquiátrica e médica ligeira.

1.4. Comunidades Terapêuticas (CT)

As CT são espaços residenciais que, em regime de internamento (habitualmente com a duração de 3 a 12 meses), visam promover a reabilitação biopsicossocial de pessoas com dependências, mediante um programa terapêutico articulado em diferentes fases, e baseado numa dinâmica comunitária. Objetivam promover o autocontrolo sobre o consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, desenvolver as competências pessoais e sociais, tendo em vista a autonomização do utente e a sua plena inserção social. Estes dispositivos terapêuticos operam com uma equipa multidisciplinar, sob supervisão psiquiátrica.

A admissão em Comunidade Terapêutica é sempre precedida de uma avaliação clínica¹⁸, efetuada pelo CRI ou UA, de acordo com o previsto com o Despacho Conjunto nº. 5517/2023, de 12 de maio, artigos 5 e 6. Esta avaliação permite aferir o grau de gravidade da dependência, a existência de outras problemáticas associadas, os fatores de exclusão e de fragilidade psicossocial, entre outros critérios específicos de admissibilidade para este tipo de internamento.

Por forma a reforçar o apoio ao tratamento de utentes dependentes de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas), o Estado, para além das unidades de saúde da rede pública, estabeleceu convenções, através do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P. (ICAD, I.P.) com unidades de saúde privadas (Clínicas de Desabilitação, Comunidades Terapêuticas e Centros de Dia), com e sem fins lucrativos.

O financiamento do tratamento nestas unidades de saúde privadas convencionadas encontra-se condicionado a um Termo de Responsabilidade emitido pelo ICAD, I.P., de acordo com o Despacho n.º 5517/2023, de 12 de maio, e o preconizado no Despacho 4665/2025, de 16 de maio.

Nos casos em que se verifique uma diferença de valor entre o financiamento do Estado e os preços máximos estabelecidos, este é assegurado pelo utente ou pela sua família, sem prejuízo da possibilidade de recurso aos instrumentos de apoio social disponíveis, se assim se justificar.

Estas estruturas de tratamento poderão, ainda, cobrar um determinado montante ao utente ou à sua família, a título de “dinheiro de bolso”.

¹⁸Exceto por determinação judicial, de acordo com o previsto no artigo 9 do Despacho Conjunto nº. 5517/2023, de 12 de maio.

Tabela 2. Pagamentos/comparticipações em estruturas privadas convencionadas

TIPOLOGIA DE PROGRAMAS	COMPARTICIPAÇÃO ICAD	OBSERVAÇÕES
Comunidade Terapêutica - Programa geral Comunidade Terapêutica - Programas específicos: a) Para dependentes de álcool; b) para crianças e jovens c) Grávidas; d) Utentes dependentes de substâncias psicoativas com doença mental grave concomitante;	80%	Com exceção do Programa específico de longa duração (em CT) e dos centros de dia, as instituições poderão ainda cobrar ao utente, ou à sua família, a título de dinheiro de bolso, um valor até 15% do preço máximo aí estabelecido, sendo-lhes proibida a cobrança de quaisquer outros valores, a qualquer título.
Centros de dia	80%	
Programa específico de longa duração em CT e Clínicas de Desabilitação	100%	

2. Programas e Estruturas Sócio-sanitárias de Redução de Riscos e Minimização de Danos

A Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) consiste num modelo próprio de intervenção face à problemática que se desenvolve em torno do consumo de substâncias psicoativas, com pressupostos, objetivos e metodologias específicas, que se configuram num corpo teórico-prático coerente e distinto de outras modalidades de intervenção, como sejam a prevenção, o tratamento ou a reinserção. O seu paradigma tem como pressupostos fundamentais o pragmatismo, o humanismo, a não imposição da abstinência e a proximidade¹⁹.

Os programas e estruturas socio-sanitárias desenvolvidas em Portugal, que fazem parte da Rede de Intervenção de Redução de Riscos e Minimização de Danos, têm um enquadramento normativo legal desde 2001, expresso no Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de junho.²⁰ Destinando-se à sensibilização e ao encaminhamento dos consumidores de substâncias psicoativas, bem como à prevenção e redução de atitudes ou comportamentos de risco acrescido e minimização de danos individuais e sociais provocados pelos comportamentos aditivos e dependências.

2.1. Gabinetes de Apoio

São gabinetes de triagem, apoio e encaminhamento sócio terapêutico que funcionam 24 horas por dia, 7 dias por semana. Podem funcionar em instalações móveis ou fixas, sendo que estas últimas podem ter caráter provisório de acordo com as necessidades e a mobilidade da intervenção, situando-se sempre na proximidade de locais de consumo e reunindo as condições socio-sanitárias necessárias à fidelização dos consumidores.

2.2. Centros de Acolhimento

Espaços residenciais temporários, que funcionam 24 horas por dia, 7 dias por semana, destinados a contribuir para o afastamento do consumidor, de ambientes propícios ao consumo de substâncias psicoativas, bem como para encaminhamento social e terapêutico quando em situação de exclusão sócio familiar.

¹⁹ In *Guia de Apoio para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos* (2009) disponível em: <https://www.icad.pt/DocumentList/Index/64?languageId=0>

²⁰ Legislação disponível em: <https://www.icad.pt/Legislation/Index?id=70&languageId=1>

Estes Centros devem fornecer aos utentes alojamento, garantir a higiene e a alimentação mínimas, disponibilizar apoio psicológico e social e cuidados de enfermagem, rastrear doenças infecciosas, fornecer preservativos, bem como assistência médica, nomeadamente psiquiátrica, podendo executar programas de substituição de baixo limiar de exigência de acordo com a lei.

2.3. Centros de Abrigo

São espaços de pernoita que funcionam no período noturno, durante 7 dias por semana, e que se destinam a contribuir para a melhoria das condições de dormida de consumidores de substâncias psicoativas, sem enquadramento sociofamiliar e para a sua aproximação aos sistemas sociais, procurando o afastamento de meios propícios ao consumo, bem como o seu encaminhamento social terapêutico.

Estes Centros devem fornecer a possibilidade de garantir a higiene e de beneficiar de alguma alimentação. Estes, podem, ainda, proporcionar o rastreio e tratamento de doenças infecciosas, apoio psicológico e social, cuidados de enfermagem, substituição opiácea de baixo limiar e distribuição de preservativos e materiais de consumo endovenoso, nomeadamente por adesão ao “Programa Troca de Seringas”, (ver ponto 2.6)

2.4. Pontos de Contacto e Informação

Espaços que se devem situar na proximidade de locais associados ao consumo, em locais frequentados por jovens, especialmente os espaços noturnos de diversão, em estruturas autárquicas ou em estruturas de apoio a consumidores de substâncias psicoativas. Estes, podem ser fixos ou móveis e estão destinados a evitar ou atenuar o consumo de drogas e respetivos riscos e a informar e auscultar as populações sobre os riscos e efeitos das dependências, bem como sobre outros temas que possam contribuir para a prevenção deste tipo de consumo.

2.5. Programas de Substituição em Baixo Limiar de Exigência

Estes Programas destinam-se a promover a redução do consumo de heroína por via da sua substituição por metadona, a ser dispensada através de programas de grande acessibilidade, sem exigência imediata da abstinência e em instalações adequadas para o efeito, fomentando o aumento e regularidade dos contactos do consumidor com os profissionais de uma equipa socio-sanitária, podendo concorrer, nomeadamente, para futura abstinência. A administração de metadona é presencial e feita por um técnico de saúde, na dose e periodicidade fixada por prescrição médica, sendo que o horário de funcionamento deve ser adaptado população-alvo e previamente fixado.

2.6. Programa Troca de Seringas

Este Programa pode funcionar em instalações móveis ou fixas, sendo que estas últimas podem ter caráter provisório de acordo com as necessidades e a mobilidade do projeto, situando-se sempre na proximidade de locais de consumo e reunindo as condições socio sanitárias necessárias à fidelização dos consumidores.

Este programa tem como objetivo a prevenção da transmissão de doenças infecciosas por via endovenosa através do incremento da assepsia no consumo endovenoso, destinando-se, para tanto, a promover a acessibilidade à troca de seringas, Kits (agulhas, filtros, toalhetes, água destilada, ácido cítrico) e outros materiais adequados. Estes utensílios são distribuídos manualmente e a pedido e, sempre que indicado, acompanhados de informação escrita sobre os danos e a redução de riscos associados ao consumo de substâncias psicoativas.

2.7. Equipas de Rua

As Equipas de Rua destinam-se a promover a redução de riscos no espaço público onde o consumo de substâncias psicoativas seja vivido como um problema social, podendo prosseguir esse objetivo através do desenvolvimento de ações de divulgação de utensílios e programas de redução de riscos, de disponibilização de informação no âmbito das dependências, de promoção do encaminhamento adequado das pessoas em situação e risco, de intervenção nos primeiros socorros face a situações de emergência ou negligência, e substituir seringas e acordo com a lei. A área geográfica de intervenção da Equipa de Rua deve corresponder a locais associados ao consumo e tráfico de drogas.

2.8. Programas para consumo vigiado

Os programas para consumo vigiado visam o incremento da assepsia no consumo intravenoso e consequente diminuição de riscos inerentes a esta forma de consumo. Deste modo, fomenta-se a promoção da proximidade com os consumidores, de acordo com o respetivo contexto sociocultural, tendo em vista a sensibilização e encaminhamento para tratamento, através da criação de locais de consumo.

3. COMISSÕES PARA A DISSUAÇÃO DA TOXICODEPENDÊNCIA

Com a aprovação da Lei nº 30/2000, de 29 de novembro (Lei da Descriminalização), o consumo, a posse e a aquisição para consumo próprio de substâncias psicoativas ilícitas, compreendidas na quantidade legalmente definida (Portaria n.º 94/96, de 28 de março), deixou de ser considerado crime, passando os consumidores (maiores de 16 anos) a ser alvo de um processo de contraordenação.

Para a aplicação desta Lei foram criadas as Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT), estando sediadas em cada capital de distrito de Portugal Continental (18) e nas Regiões Autónomas da Madeira (1) e dos Açores (3). Estes serviços encontram-se na dependência direta do Ministério da Saúde e aos quais o Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, presta apoio técnico e administrativo, através do Gabinete de Coordenação da Intervenção em Dissuasão (GCID), constituído para o efeito.

Estas Comissões, constituídas por equipas multidisciplinares com formação na área dos comportamentos aditivos e dependências, são especializadas na avaliação dos consumidores encaminhados pelas Forças Policiais e Ministério Público/Tribunais, de acordo com a qual são efetuados os encaminhamentos para as estruturas de apoio mais adequadas às suas necessidades, tendo também as CDT poderes jurídicos de decisão num processo de contraordenação.

A sua missão principal é dissuadir os consumos, prevenindo e reduzindo as situações de risco, sendo que o sucesso da intervenção destes serviços depende em grande medida da participação e envolvimento da rede de parceiros local, pública ou privada.

ANEXO 2: Unidades de Intervenção Local CAD - Contactos

<i>Unidade de Intervenção Local</i>	<i>Abrangência territorial</i>	<i>Morada</i>	<i>Interlocutor</i>	<i>Contacto telefónico</i>	<i>Endereço eletrónico</i>
NUTS II NORTE					
CRI Braga	Concelhos de Amares, Barcelos, Braga, Cabeceiras de Basto, Celorico de Basto, Esposende, Fafe, Guimarães, Póvoa do Lanhoso, Terras de Bouro, Vieira do Minho, Vila Nova de Famalicão, Vila Verde e Vizela.	Rua Dr. Joaquim de Meira, 259 – Azurém 4810-273 Guimarães	Maria João Lage (NPISA Braga)	917806886	maria.lages@icad.min-saude.pt
			Maria José Gomes da Silva (NPISA Guimarães)	914617595	mariajose.silva@icad.min-saude.pt
			Maria João Santos (NPISA Barcelos)	919772190	mariajoao.santos@icad.min-saude.pt
CRI Bragança	Concelhos de Alfandega da Fé, Bragança, Carraceda de Ansiães, Freixo de Espada à Cinta, Macedo de Cavaleiros, Miranda do Douro, Mirandela, Mogadouro, Vila Flor, Vila Nova Foz Côa, Torre de Moncorvo, Vimioso e Vinhais.	Rua São João, n.8 5300-011 Bragança	Maria Glória Veleda	936 988 807	Gloria.veleda@icad.mim-saude.pt
CRI Porto Central	Concelhos de Amarante, Baião, Cinfães, Espinho, Oliveira de Azeméis, Marco de Canavezes, Sta. Maria da Feira, Arouca, S. João da Madeira, Vale de Cambra, Vila Nova de Gaia e Porto (freguesias de S. Nicolau, Sé, Vitória, Cedofeita, Paranhos, Ramalde e Miragaia).	Rua Álvares Cabral, 328 4050-040 Porto	Joana Coutinho (NPISA Porto)	220 045 010	joana.coutinho@icad.min-saude.pt
			Cristina Martins (NPISA Gaia, Espinho e S. João da Madeira)		cristina.martins@icad.min-saude.pt
CRI Porto Ocidental	Concelhos da Maia, Matosinhos, Póvoa de Varzim, Trofa, Santo Tirso e Vila do Conde e Porto (freguesias de Aldoar, Foz do Douro, Lordelo do Ouro, Massarelos e Nevogilde)	Rua Diogo Botelho, 1651/1653 4100-268 Porto	Isabel Sarmento (NPISA Porto e NPISA Matosinhos)	220 044 600	Isabel.sarmento@icad.min-saude.pt
CRI Porto Oriental	Concelhos de Castelo de Paiva, Felgueiras, Gondomar, Lousada, Paços de Ferreira, Paredes, Penafiel e Valongo e Porto (freguesias de Bonfim e Campanhã).	Praça Rainha D ^a . Amélia, s/n 4000-075 Porto	Jorge Barbosa (NPISA Porto)	965 273 004	jorge.barbosa@icad.min-saude.pt
			Ana Pacheco (NPISA Gondomar)	969 828 826	ana.pacheco@icad.min-saude.pt
CRI Viana do Castelo	Concelhos de Arcos de Valdevez, Caminha, Paredes de Coura, Ponte de Lima, Ponte da Barca, Melgaço, Monção, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira.	Av. Capitão Gaspar de Castro – Ed. CTT Praça do Alto Minho, 1.º andar 4900 – 998 Viana do Castelo	Joana Ribeiro	966517652	joana.ribeiro@icad.min-saude.pt
CRI Vila Real	Concelhos de Alijó, Armamar, Boticas, Chaves, Lamego, Mesão Frio, Moimenta da Beira, Mondim de Basto, Montalegre, Murça, Penedono, Peso da Régua, Resende, Ribeira de Pena, Sabrosa, S. João da Pesqueira, Santa	Centro de Saúde N.º 1 Rua Dr. Manuel Cardona 5000-558 Vila Real	Benedita Mocho	259 001 100	benedita.mocho@icad.min-saude.pt

<i>Unidade de Intervenção Local</i>	<i>Abrangência territorial</i>	<i>Morada</i>	<i>Interlocutor</i>	<i>Contacto telefónico</i>	<i>Endereço eletrónico</i>
	Marta de Penaguião, Sernancelhe, Tabuaço, Tarouca, Valpaços, Vila Pouca de Aguiar e Vila Real.				
Unidade de Alcoologia do Porto	Continente/ Região Norte	Rua Alfredo Cunha, 367 4450-024 Matosinhos	Jorge Topa	220 045060	jorge.topa@icad.min-saude.pt

NUTS II CENTRO					
CRI Aveiro	Aveiro, Águeda, Albergaria-a-Velha, Anadia, Estarreja, Ílhavo, Mealhada, Murtosa, Oliveira do Bairro, Ovar, Sever do Vouga e Vagos	Rua Conselheiro Luís Magalhães, N.º32, 3810-137 Aveiro	Rui Branco	234004410	Rui.Branco@icad.min-saude.pt
CRI Castelo Branco	Concelhos de Belmonte, Castelo Branco, Idanha-a-Nova, Oleiros, Penamacor, Proença-a-Nova, Sertã, Vila de Rei, Vila Velha de Ródão, Fundão, Covilhã, Belmonte (Penamacor)	Rua Frederico Ulrich, n.º 47 6000-223 Castelo Branco	Rui Lino	964117000	rui.lino@icad.min-saude.pt
CRI Coimbra	Arganil, Cantanhede, Coimbra, Condeixa-a-Nova, Góis, Lousã, Mira, Miranda do Corvo, Montemor-o-Velho, Oliveira do Hospital, Pampilhosa da Serra, Penacova, Penela, Soure, Tábua, Vila Nova de Poiares, Figueira da Foz	Rua Pinheiro Chagas, N.º 88 3000-333 Coimbra	Alberto Almeida (NPISA Coimbra)	936462700	alberto.almeida@icad.min-saude.pt
			Ana Luísa Góis (NPISA Figueira da Foz)	962857941	ana.gois@icad.min-saude.pt
CRI Guarda	Concelhos de Almeida, Celorico da Beira, Figueira de Castelo Rodrigo, Fornos de Algodres, Gouveia, Guarda, Manteigas, Mêda, Pinhel, Sabugal, Seia, Trancoso e Vila Nova de Foz Côa	Praça Luís de Camões, n.º 16 6300-725 Guarda	Isabel Luz Santos	271001100	Isabel.Santos@icad.min-saude.pt
CRI Leiria	Concelhos da Batalha, Leiria, Pedrógão Grande, Porto de Mós, Marinha Grande, Pombal, Alvaiázere, Figueiró dos Vinhos, Ansião, Castanheira de Pera	Rua Dr. Manuel Magalhães Pessoa, n.º 1 – R/C esq. 2410-131 Leiria	Carla Magali Abrantes (NPISA Leiria)	244 008787	Carla.Magali@icad.min-saude.pt
CRI Viseu	Concelhos de Aguiar da Beira, Carregal do Sal, Castro Daire, Mangualde, Mortágua, Nelas, Oliveira de Frades, Penalva do Castelo, São Pedro do Sul, Santa Comba Dão, Sátão, Tondela, Vila Nova de Paiva, Viseu, Vouzela	Rua Cândido dos Reis, N.º17, 1.º 3510-056 Viseu	Lúcia Ferreira	966500521	lucia.ferreira@icad.min-saude.pt
Unidade de Alcoologia de Coimbra	Continente/ Região Centro	Conraria 3040-714 Castelo Viegas	Alda Maria Ferreira Amado	910120707	alda.amado@icad.min-saude.pt

NUTS II LISBOA E VALE DO TEJO					
CRI Lisboa Ocidental	Concelhos de Sintra, Amadora, Oeiras, Cascais	Praceta 25 de Abril 1974, n.º 33 2735-181 Agualva- Cacém	Fernando Freitas (NPISA Amadora)	962447118	fernando.freitas@icad.min-saude.pt
			Maria João Oliveira (NPISA Cascais)	963572686	maria.oliveira@icad.min-saude.pt
			Paula Olas (NPISA Oeiras)	966285843	paula.olas@icad.min-saude.pt
CRI Lisboa Oriental	Concelhos de Lisboa (Beato, Marvila, Penha de França, Olivais e Parque das Nações), Loures, Vila Franca de Xira, Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente, Odivelas	Rua de Xabregas, 62 1900-440 Lisboa	Valentina Chitas	211119400	valentina.chitas@icad.min-saude.pt
CRI Ribatejo	Concelhos de Alcanena, Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Constância, Coruche, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Golegã, Mação, Rio Maior, Salvaterra de Magos, Santarém, Sardoal, Tomar, Torres Novas e Vila Nova da Barquinha, Abrantes	Praça Damião de Góis, nº 8 2000-226 Santarém	Rosário Leal (NPISA Santarém)	965430041	rosario.leal@icad.min-saude.pt
CRI Oeste	Concelhos de Cadaval, Lourinhã, Mafra, Sobral de Monte Agraço, Torres Vedras, Alcobaca, Bombarral, Caldas da Rainha, Óbidos, Nazaré, Peniche	Rua do Centro de Saúde 2500-241 Caldas da Rainha	Zélia Maria Arrulo Moniz (NPISA Caldas da Rainha)	967837726	zelia.moniz@icad.min-saude.pt
CRI da Península de Setúbal	Concelhos de Alcochete, Barreiro, Moita, Montijo, Almada, Seixal, Setúbal, Palmela e Sesimbra	Av. do Bocage nº34 2830-002 Barreiro	Patrícia Gonçalves Abreu (NPISA Setúbal)	916690556	patricia.abreu@icad.min-saude.pt
			Vanda Pinheiro Rodrigues (NPISA Almada)	962923350	vanda.pinheiro@icad.min-saude.pt
			Isabel Maria Serrano Mira de Carvalho Pacheco (NPISA Seixal)	914266287	isabel.pacheco@icad.min-saude.pt
			Ana Cristina Oliveira Arroja Sequeira (NPISA Barreiro)	916038117	ana.Sequeira@icad.min-saude.pt
Centro das Taipas	Freguesias da Ajuda, Alcântara, Alvalade, Areeiro, Arroios, Avenidas Novas, Belém, Benfica, Campo Ourique, Campolide, Carnide, Estrela, Lumiar, Misericórdia, S. Domingos Benfica, Santa Clara, Santa Maria Maior, Santo António e São Vicente do concelho de Lisboa	Parque de Saúde de Lisboa Av. do Brasil, nº 53 Pavilhão 21 B 1749 – 002 Lisboa	Rosa Mateus	211119200	Rosa.Mateus@icad.min-saude.pt

Unidade de Alcoologia de Lisboa	Continente/ Região de Lisboa e Vale do Tejo	Parque de Saúde de Lisboa Av. do Brasil, 53 Pavilhão 41 1749 – 002 Lisboa	Sofia Francisco	211119430	sofia.francisco@icad.min-saude.pt
--	---	--	-----------------	-----------	-----------------------------------

NUTS II ALENTEJO

CRI Alentejo Central	Concelhos de Alandroal, Arraiolos, Borba, Estremoz, Évora, Montemor-o-Novo, Mora, Mourão, Portel, Reguengos, Redondo, Vendas Novas, Viana do Alentejo e Vila Viçosa	Rua Gil do Monte, Lote 2 A Bairro das Corunheiras 7005–503 Évora	Sofia Martelo	266009800	sofia.martelo@icad.min-saude.pt
CRI Norte Alentejano	Concelhos de Alter do Chão, Arronches, Avis, Castelo de Vide, Crato, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Nisa, Ponte de Sor, Portalegre, Sousel, Elvas, Campo Maior	Rua de S. Pedro (antigo sanatório Rodrigues Gusmão) 7300-008 Portalegre	Lina Alexandre	245009070	Lina.Alexandre@icad.min-saude.pt
CRI Baixo Alentejo	Concelhos de Aljustrel, Alvito, Beja, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Vidigueira, Almodôvar, Barrancos, Castro Verde, Moura, Ourique, Serpa	Av. Vasco da Gama, nº. 17 7800-397 Beja	Helena Guiomar	918093794	helena.guiomar@icad.min-saude.pt
CRI Litoral Alentejano	Concelhos de Alcácer do Sal, Grândola, Odemira, Santiago do Cacém, Sines	Bº das Panteras, Rua dos Navegantes (Entrada Lateral Edifício Centro de Saude) 7500-140 Vila Nova Santo André	Andrea Pereiro	269003060	andrea.pereiro@icad.min-saude.pt

NUTS II ALGARVE

CRI Algarve	Concelhos de Castro Marim, Alcoutim, VRSA, Tavira, Olhão, S. Brás de Alportel Faro, Loulé, Albufeira, Silves, Lagoa, Portimão, Monchique, Lagos, Aljezur, Vila do Bispo	Rua Brites de Almeida nº 6 - 2º esq. 8000-234 Faro	Susana Santos (NPISA Portimão e NPISA Lagos)	282002160	susana.santos@icad.min-saude.pt
			Dulce Cardoso (NPISA Faro, NPISA Tavira e NPISA VRSA)	289006850 289006858	dulce.cardoso@icad.min-saude.pt
			Paula Neto (NPISA Loulé)	289006850	paula.neto@icad.min-saude.pt
			Cláudia Moura (NPISA Olhão)	289870120 289007120	claudia.moura@icad.min-saude.pt

ANEXO 3: Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência - Contactos

<i>CDT</i>	<i>Abrangência territorial</i>	<i>Morada</i>	<i>Interlocutor</i>	<i>Contacto telefónico</i>	<i>Endereço eletrónico</i>
CDT de Aveiro	Distrito de Aveiro	Rua de Espinho, nº 29 – Bairro de Santiago 3810-114 Aveiro	Sofia Almeida	234 004 400	cdt.aveiro@icad.min-saude.pt
CDT de Beja	Distrito de Beja	Rua Pedro Álvares Cabral, nº 8 7800-509 Beja	José Pedro Oliveira	284 009 060	cdt.beja@icad.min-saude.pt
CDT de Braga	Distrito de Braga	Rua D. Afonso Henriques, nº 98 4700-030 Braga	Sofia Pereira	253 008 530	cdt.braga@icad.min-saude.pt
CDT de Bragança	Distrito de Bragança	Rua Alexandre Herculano, n.º 205 5300-075 Bragança	Ana Bras	273 001 060	cdt.braganca@icad.min-saude.pt
CDT de Castelo Branco	Distrito de Castelo Branco	Rua Senhora da Piedade, lote 1 - 1.º Dt. º 6000-279 Castelo Branco	Cecília Dias	272 001 080	cdt.castelobranco@icad.min-saude.pt
CDT de Coimbra	Distrito de Coimbra	Rua Padre António Vieira, n.º 11 3000-315 Coimbra	Margarida Reis	239 008 900	cdt.coimbra@icad.min-saude.pt
CDT de Évora	Distrito de Évora	Avenida D. Leonor Fernandes, nº 163 7005-144 Évora	Maria José Capucho	266 009 830	cdt.evora@icad.min-saude.pt
CDT de Faro	Distrito de Faro	Largo Pé da Cruz, 26 - 1.º andar 8000-154 Faro	Fátima Barbosa	289 006 840	cdt.faro@icad.min-saude.pt
CDT da Guarda	Distrito da Guarda	Rua Dr. Francisco dos Prazeres, 3, 2.º Dt. 6300-690 Guarda	Ana Cristina Monteiro	271 001 090	cdt.guarda@icad.min-saude.pt
CDT de Leiria	Distrito de Leiria	Rua Tenente Valadim, 13 2410-190 Leiria	Pedro Antunes	244 008 770	cdt.leiria@icad.min-saude.pt
CDT de Lisboa	Distrito de Lisboa	Rua D. Luís de Noronha, 28-A 1050-072 Lisboa	Carla Carvalho	210 079 740	cdt.lisboa@icad.min-saude.pt
CDT de Portalegre	Distrito de Portalegre	Rua 1.º de Maio (antigo Sanatório) 7300-205 Portalegre	Elisabete Semedo	245 009 060	cdt.portalegre@icad.min-saude.pt
CDT do Porto	Distrito do Porto	Rua de Álvares Cabral, 328 – Traseiras 4050-040 Porto	Cristina Reis	220 028 410	cdt.porto@icad.min-saude.pt
CDT de Santarém	Distrito de Santarém	Rua Álvaro Cunhal (Antiga Estrada de São Domingos) Edifício Panorama, Lote 4 - 1. º	Gina Grilate	243 009 650	cdt.santarem@icad.min-saude.pt
CDT de Setúbal	Distrito de Setúbal	Rua José Groot, n.º 27 - R/c 2900-561 Setubal	Ana Machado	265 009 830	cdt.setubal@icad.min-saude.pt
CDT de Viana do Castelo	Distrito de Viana do Castelo	Avenida Capitão Gaspar de Castro - Edifício dos CTT - 1.º andar Praça do Alto Minho	Ana São João	258 009 210	cdt.vianacastelo@icad.min-saude.pt

<i>CDT</i>	<i>Abrangência territorial</i>	<i>Morada</i>	<i>Interlocutor</i>	<i>Contacto telefónico</i>	<i>Endereço eletrónico</i>
		4900-462 Viana do Castelo			
CDT de Vila Real	Distrito de Vila Real	Avenida Aureliano Barrigas, Lote 5, n.º 22 - R/c 5000-413 Vila Real	José Ferreira	259 001 110	cdt.vilareal@icad.min-saude.pt
CDT de Viseu	Distrito de Viseu	Rua Nova da Balsa, Bloco 2, Fração C, R/c Posterior Direito 3500-008 Viseu	Susana Botto	232 001 276	cdt.viseu@icad.min-saude.pt

ANEXO 4: Núcleos de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo - Contactos

(atualização de julho de 2025, de acordo com NUTS de 2013)

NUT II	NPISA	Entidade Coordenadora	Coordenador/a	Email
Algarve	Albufeira	Câmara Municipal de Albufeira	Patrícia Cruz	patricia.cruz@cm-albufeira.pt ; npisa.albufeira@cm-albufeira.pt
LVT	Almada	Câmara Municipal de Almada	Teodolinda Silveira	npisa@cma.m-almada.pt
LVT	Amadora	Câmara Municipal da Amadora	Ana Moreno	accasocial@cm-amadora.pt
Norte	Amarante	Câmara Municipal de Amarante	Elisabete Macedo	redesocial@cm-amarante.pt
Centro	Aveiro	Florinhas do Vouga	Sandra Marques	npisaveiro@gmail.com
Norte	Barcelos	Câmara Municipal de Barcelos	António Ribeiro	antonioribeiro@cm-barcelos.pt ; taniacarvalho@cm-barcelos.pt
LVT	Barreiro	Câmara Municipal do Barreiro	Paula Galrito	paula.galrito@cm-barreiro.pt
Alentejo	Beja	CM Beja	Joaquina Rita	tania.barao@cm-beja.pt ; Joaquina.Rita@cm-beja.pt
Norte	Braga	Câmara Municipal de Braga	Cláudia Igreja	redesocial@cm-braga.pt
Centro	Caldas da Rainha	Associação Viagem de Volta	Sara Silva	npisacaldasdarainha@gmail.com
LVT	Cascais	Câmara Municipal de Cascais	Lúcia Lopes	npisacascais@cm-cascais.pt ; lucia.lopes@cm-cascais.pt ; sara.chapelas@cm-cascais.pt
Centro	Coimbra	Câmara Municipal de Coimbra	Catarina Silva	Catarina.silva@cm-coimbra.pt
Norte	Espinho	Centro Social de Paramos	Marília Costa	mariliacosta@centrosocialparamos.org
Alentejo	Évora	Santa Casa da Misericórdia de Évora	Luis Gamito	npisa.evora@scmevora.pt ; lgamito@scmevora.pt
Algarve	Faro	Câmara Municipal de Faro	Andreia Correia	das.dase@cm-faro.pt ; dis@cm-faro.pt ; accorreia@cm-faro.pt
Centro	Figueira da Foz	Câmara Municipal da Figueira da Foz	Olga Brás	redesocial@cm-figfoz.pt ; olga.bras@cm-figfoz.pt ; sonia.ruivo@cm-figfoz.pt
Norte	Gondomar	CM Gondomar	Cláudia Vieira	claudia.vieira@cm-gondomar.pt ; npisa@cm-gondomar.pt
Norte	Guimarães	CM Guimarães	Elisabete Mendes	Elisabete.Mendes@cm-guimaraes.pt
Algarve	Lagos	CM Lagos	Lúcia Santos	lucia.santos@cm-lagos.pt
Centro	Leiria	Câmara Municipal de Leiria	Ana Valentim	avalentim@cm-leiria.pt ; npisaleiria@cm-leiria.pt ; oandre@cm-leiria.pt
LVT	Lisboa	Câmara Municipal de Lisboa	Paulo Santos	npisa@cm-lisboa.pt
Algarve	Loulé	Câmara Municipal de Loulé	Ana Isabel Machado	ana.machado@cm-loule.pt ; celine.luis@cm-loule.pt

NUT II	NPISA	Entidade Coordenadora	Coordenador/a	Email
LVT	Loures	Câmara Municipal de Loures	Carla Toscano	carla_toscano@cm-loures.pt ; lucinda_mmpereira@cm-loures.pt
Norte	Matosinhos	Câmara Municipal de Matosinhos	Ana Sofia Pereira	npisamatosinhos@cm-matosinhos.pt
LVT	Odivelas	Câmara Municipal de Odivelas		Ines.Fradique@cm-odivelas.pt ; nuno.alarcao@cm-odivelas.pt
LVT	Oeiras	Câmara Municipal de Oeiras	Ana Cristina Correia	Ana.Correia@oeiras.pt ; npisa.oeiras@oeiras.pt
Algarve	Olhão	Câmara Municipal de Olhão	Elsa Maria da Silva Nunes Parreira	eparreira@cm-olhao.pt
Centro	Ovar	Câmara Municipal de Ovar	Maria Irene Bártole	irene.bartolo@cm-ovar.pt
Algarve	Portimão	Câmara Municipal de Portimão	Edite Caetano	npisa.portimao@cm-portimao.pt ; teresa.correia@cm-portimao.pt
Norte	Porto	Câmara Municipal do Porto	Fernando Paulo	npisaporto@cm-porto.pt
Norte	S. João Madeira	Câmara Municipal Sj da Madeira	Catarina Portugal	catarinaportugal@cm-sjm.pt
Alentejo	Santarém	Câmara Municipal de Santarém	Maria Elisabete Filipe	maria.filipe@cm-santarem.pt
LVT	Seixal	Associação CRIAR'T	Associação CRIAR'T	fjmarques@criar-t.org
LVT	Setúbal	Cáritas Diocesana de Setúbal	Carla Regateiro	carla.regateiro@caritas-setubal.com ; catarina.tomas@caritas-setubal.com
Algarve	Tavira	Câmara Municipal de Tavira	Dearkson Vieira	dvieira@cm-tavira.pt
Norte	Viana do Castelo	Câmara de Viana do Castelo	Carlota Borges	carlotaborges@cm-viana-castelo.pt
Norte	VN Gaia	Câmara Municipal Vila Nova de Gaia		npisagaia@cm-gaia.pt
Algarve	Vila Real de S António	Câmara Municipal de VRSA	Andreia Cipriano	andrea.cipriano@cm-vrsa.pt ; npisa.vrsa@cm-vrsa.pt

ANEXO 5: Outras Informações úteis

Linha 1414

Apoio, aconselhamento e informação. Serviço anónimo, confidencial e gratuito. Disponível todos os dias úteis, das 10h às 18h.

Telefone: 1414

Serviço de aconselhamento por e-mail 1414@icad.min-saude.pt

Módulo de Inscrição Pública

Serviço online que visa facilitar o acesso das/dos cidadãs/ãos aos serviços e às respostas em CAD, permitindo uma pré-inscrição direta para apoio especializado e a avaliação do grau/severidade da sua situação, através do preenchimento do formulário disponível no site do ICAD, I.P. na área **Cidadão**: [Pedir ajuda](#)

<https://www.icad.pt/ImageContent/Index/21?languageId=0>

Legislação reguladora do acesso aos cuidados de saúde

- Lei de Bases da Saúde (LBS): De acordo com os n.os 1 e 2 da Base 21, todos os cidadãos, incluindo migrantes, têm direito ao acesso aos cuidados de saúde;
<https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/acesso-de-imigrantes-a-prestacao-de-cuidados-de-saude-no-servico-nacional-de-saude/>
- Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto: Este decreto-lei especifica que os beneficiários do SNS incluem cidadãos portugueses, residentes permanentes, temporários, nacionais de Estados-Membros da União Europeia, nacionais de países terceiros, apátridas, requerentes de proteção internacional e migrantes, independentemente da sua situação legal; Taxas moderadoras do SNS;
<https://ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/taxas-moderadoras-do-sns/>
- Acesso de imigrantes à prestação de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde;
<https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/acesso-de-imigrantes-a-prestacao-de-cuidados-de-saude-no-servico-nacional-de-saude/>
- Lei de Bases da Saúde (LBS): De acordo com os n.os 1 e 2 da Base 21, todos os cidadãos, incluindo migrantes, têm direito ao acesso aos cuidados de saúde;
<https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/acesso-de-imigrantes-a-prestacao-de-cuidados-de-saude-no-servico-nacional-de-saude/>

- Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto: Este decreto-lei especifica que os beneficiários do SNS incluem cidadãos portugueses, residentes permanentes, temporários, nacionais de Estados-Membros da União Europeia, nacionais de países terceiros, apátridas, requerentes de proteção internacional e migrantes, independentemente da sua situação legal;
<https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/acesso-de-imigrantes-a-prestacao-de-cuidados-de-saude-no-servico-nacional-de-saude/>
- Taxas moderadoras do SNS.
<https://ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/taxas-moderadoras-do-sns/>

Migrantes- Legislação Específica

- Lei n.º 13.445, de 24 de maio de 2017: Conhecida como a Lei de Migração, esta lei estabelece os direitos dos migrantes, incluindo o acesso aos serviços de saúde;
<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade-em-saude/migrantes-refugiadas-e-apatridas/legislacao>
- Acesso de imigrantes à prestação de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde;
<https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/acesso-de-imigrantes-a-prestacao-de-cuidados-de-saude-no-servico-nacional-de-saude/>
- Centros Nacionais de Apoio à Integração de Migrantes (CNAIM) - Os Centros Nacionais de Apoio à Integração de Migrantes (CNAIM)
<https://www2.gov.pt/servicos/centros-nacionais-de-apoio-a-integracao-de-migrantes-cnaim->
- <https://aima.gov.pt/pt>

“...PESSOA EM SITUAÇÃO DE SEM- ABRIGO ...AQUELA QUE, INDEPENDENTEMENTE DA SUA NACIONALIDADE, SITUAÇÃO DOCUMENTAL, ORIGEM RACIAL OU ÉTNICA, RELIGIÃO, IDADE, SEXO, ORIENTAÇÃO SEXUAL, CONDIÇÃO SOCIO-ECONÓMICA, CONDIÇÃO DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL E SITUAÇÃO DE DEFICIÊNCIA, SE ENCONTRE: SEM TETO, VIVENDO NO ESPAÇO PÚBLICO, ALOJADA EM ABRIGO DE EMERGÊNCIA OU COM PARADEIRO EM LOCAL PRECÁRIO; OU SEM CASA, ENCONTRANDO-SE EM ALOJAMENTO TEMPORÁRIO DESTINADO PARA O EFEITO.” (FEANTSA)



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



Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P.
Institute on Addictive Behaviours and Dependencies, P.I.
Tel: +351 211 119 000 | E-mail: icad@icad.min-saude.pt | www.icad.pt

