

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

Manual – Atualização 2025



Ficha Técnica

Título: Intervenção em crianças e jovens com processos de promoção e proteção e comportamentos aditivos e dependências **Manual – Atualização 2025**

Coordenação da Revisão: Graça Vilar, Kerstin Hoffmeister, Joaquim Fonseca

ICAD, IP | Departamento de Intervenção Integrada | Unidade de Referência e Cuidados Integrados | Unidade de Prevenção e Promoção da Saúde

Autores da Revisão: Irene Reis, Carla Frazão, Andreia Ribeiro, Elizabete Pereira (Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P), Ivone Monteiro, Ana Marques (Instituto da Segurança Social, I.P), Michelle Zuzarte (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa), Maria João Duarte (Gabinete da Família, da Criança e contra a Violência Doméstica), Amélia Pinto Carneiro (Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens), Carina Faria, Lucinda Correia (Casa Pia de Lisboa I.P), Andrea Andrade, Margarida Azevedo, Susana Teixeira (Direção-Geral de Saúde – Delegação Regional de Saúde do Norte), Liliana Ferreira (CRI Porto Oriental).

Editor: ICAD, IP, 2025

Grafismo: ICAD / GTSI

DOI: <https://doi.org/10.71665/q1dx-v808>

Índice

I. INTRODUÇÃO	7
II. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	9
III. ADOLESCÊNCIA	14
IV. SISTEMA DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO À INFÂNCIA E JUVENTUDE –(SPPIJ)	16
1. Enquadramento Legal e Definições Essenciais:	16
2. A Lei de Promoção e Proteção de Crianças e Jovens:	18
A. Quando tem lugar a intervenção:	18
B. A quem cabe a intervenção:	19
C. Princípios que orientam a intervenção para a promoção dos direitos e proteção da criança ou do jovem em perigo:	21
D. Medidas de promoção e proteção:	22
E. Duração das medidas de promoção e proteção:	23
F. A medida de acolhimento residencial	25
V. ADOLESCÊNCIA E ADIÇÕES	28
2. Comorbilidades de saúde mental	32
4. Recursos de apoio à decisão no processo de promoção e proteção:	37
VI. RESPOSTAS E INTERVENÇÕES PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES/JOVENS COM COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS	39
A. Prevenção	40
A2. Destinatários	42
A3. Implementação	42
A4. Avaliação	43
B. Redução de Riscos e Minimização de Danos	45

B1. Conceitos e objetivos:	45
B2. Implementação:	45
B3. Destinatários:	46
B4. Interventores:	47
C. Tratamento	47
D. Reinserção	55
D1. Conceitos e objetivos:	55
D2. Destinatários:	58
D3. Implementação	58
<u>VII. REDE DE REFERENCIAÇÃO NO ÂMBITO DOS CAD PARA ADOLESCENTES E JOVENS</u>	60
<u>VIII. RECOMENDAÇÕES E CONCLUSÕES</u>	67
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	78

Índice de Tabelas

Tabela 1 -Comparação entre intervenção da promoção e proteção e Intervenção tutelar educativa.....	19
Tabela 2 - Medidas de Promoção e Proteção	25
Tabela 3 - Revisão das Medidas de Promoção e Proteção.....	26
Tabela 4 - Cessação das Medidas de Promoção e Proteção.....	26
Tabela 5 - Medida de Acolhimento Residencial	27

Índice de Figuras

Figura 1 -Fatores de risco e fatores de proteção	31
Figura 2 - Fatores mais associados à emergência de problemas de jogo	37
Figura 3 - Intervenções Preventivas	42
Figura 4 - Níveis de Prevenção.	44
Figura 5 - Programas e estruturas sócio sanitárias	48
Figura 6 - Critérios para escolha de contexto terapêutico	53
Figura 7 - Elementos centrais para definição de reinserção	58
Figura 8 - Níveis de avaliação em reinserção	61
Figura 9 – Níveis de Risco nos CAD	63
Figura 10 – Relação entre os níveis de risco e níveis de intervenção no âmbito dos CAD	64
Figura 11 – Níveis de Intervenção.....	65
Figura 12 – Fluxograma de referênciação de adolescentes e Jovens	66
Figura 13 Fluxograma da Acessibilidade aos Cuidados de Saúde na Região Norte: Crianças e Jovens em Risco	68

I. Introdução

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

A intervenção junto desta população norteia-se pelos diversos valores e princípios éticos, dos quais se salienta o Princípio do Respeito pela Vulnerabilidade Humana e Integridade Pessoal (UNESCO, Artigo 8.º, 2005) e o Princípio da Responsabilidade Social e Saúde (UNESCO, Artigo 14.º, 2005), que integram a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005).

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

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

A abordagem solicitada aos profissionais que atuam neste contexto pressupõe a adoção de estratégias colaborativas entre os elementos que desenvolvem funções na área da proteção das crianças e adolescentes/jovens e os que exercem funções enquanto entidades de primeira linha. A intervenção da saúde, enquanto entidade de primeira linha, assume um papel crucial na prevenção e tratamento de comportamentos aditivos e dependências das crianças e adolescentes/jovens.

O modelo de atuação desenvolvido pelos profissionais junto de crianças e adolescentes/jovens em perigo no âmbito dos CAD e a interligação deste com os Processos de Promoção e Proteção convidam a uma reflexão aprofundada, para que as práticas profissionais possam alcançar o efeito pretendido.

Na área da promoção dos direitos e da proteção das crianças e dos adolescentes/jovens, as recentes alterações ao quadro legislativo aplicável vieram reforçar a importância que as estruturas da saúde assumem na defesa dos direitos das crianças e adolescentes/jovens, realçando a missão de, enquanto entidades de proximidade, atuarem de forma a sanar situações de perigo. No entanto, sempre que esgotada a intervenção na sua esfera de atuação, podem e devem solicitar a intervenção das CPCJ, no sentido de acautelar a situação de perigo verificada, sendo que a intervenção judicial surge apenas quando às CPCJ não foi possível concretizar a intervenção preconizada ou quando não esteja instalada CPCJ com competência territorial na área da residência.

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

O documento que ora se apresenta constitui uma atualização do Manual *“Intervenção em crianças e jovens com processos de promoção e proteção e comportamentos aditivos e dependências”*, publicado em 2022¹ e elaborado por um grupo de trabalho constituído para o efeito, tendo contado com os contributos de diversos stakeholders e peritos na área da intervenção em sede de processos de promoção e proteção no âmbito dos CAD.

A presente atualização teve como principal objetivo assegurar a adequação das orientações técnicas e procedimentais nesta área, harmonizando-as com o atual quadro organizacional do ICAD, I.P., e procedendo ao necessário ajustamento face ao enquadramento legal em vigor para a área da infância e juventude, designadamente no domínio da promoção e proteção de crianças e jovens em perigo no âmbito dos CAD.

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

Deste modo, e não obstante todo o enquadramento normativo abranger tanto crianças como adolescentes/jovens, pelos motivos acima mencionados e para melhor circunscrever a faixa etária onde há maior incidência de CAD, no âmbito da infância e juventude, o presente documento foca-se sobretudo nos adolescentes/jovens entre os 12 e os 25 anos, aplicando-se o termo “adolescente/jovem” ao longo do texto.

¹ Disponível em <https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=721&languageId=1>

II. Dados epidemiológicos

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

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

O **Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Droga e outros Comportamentos Aditivos e Dependências de 2024 ECATD-CAD (ICAD)**, que resultou da aplicação do questionário ESPAD² em amostra representativa dos alunos do ensino público com idades entre os 13 e 18 anos, em Portugal, evidenciou o seguinte:

- A grande maioria (58% em 2024, 68% em 2019) dos inquiridos já ingeriu uma bebida alcoólica ao longo da vida, sendo um pouco menor (48% em 2024, 59% em 2019) a percentagem que bebeu álcool nos 12 meses anteriores à inquirição. Os consumidores atuais de álcool, isto é, os inquiridos que tomaram uma bebida alcoólica nos 30 dias anteriores à inquirição, constituem um grupo muito considerável (30% em 2024, 38% em 2019); em termos de género, o consumo de álcool é hoje uma prática mais feminina do que masculina, sendo a discrepância em termos absolutos mais acentuada no que concerne ao longo da vida e aos últimos 12 meses (5 e 6 pontos percentuais, respetivamente) e menos no que diz respeito aos últimos 30 dias (3pp.); de qualquer forma é de ressaltar que, de uma forma geral, diminuíram as prevalências de consumo de álcool entre 2019 e 2024;
- O tabaco é a segunda substância psicoativa mais consumida: 25% (38% em 2019) dos inquiridos fumaram tabaco alguma vez na vida, enquanto 12% (29% em 2019) fizeram-no no último ano e 7% (18% em 2019) no último mês. Entre as formas de tabaco mais consumidas, os cigarros eletrónicos em 2024 já está ao nível do tabaco de combustão (cigarros ditos tradicionais), prevalência de experimentação ao longo da vida de 18% nos eletrónicos e de 17,7% no consumo de tabaco de combustão;
- 8% (15% em 2019) dos alunos já consumiram ao longo da vida uma qualquer droga ilícita, sendo que são um pouco menos os que o fizeram no último ano 6% (13% em 2019) e bastante menos os que o fizeram no mês anterior à inquirição (3% e 2024 e 6% em 2019);

² O European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) é um projeto europeu, que se realiza a cada 4 anos desde 1995, contando com a participação de Portugal desde o início, e que recolhe informação entre os alunos que completam 16 anos de idade no ano do estudo.

- A cannabis é a substância ilícita mais consumida (7%, 6% e 3% nas temporalidades do longo da vida, últimos 12 meses e últimos 30 dias, respetivamente (em 2019, 13%, 12% e 6% nas temporalidades do longo da vida, últimos 12 meses e últimos 30 dias, respetivamente);
- O consumo ao longo da vida de determinados medicamentos com efeitos psicoativos – tranquilizantes/sedativos⁹, estimulantes cognitivos¹⁰ (nootrópicos) e analgésicos fortes¹¹ –, fazendo a distinção entre aquele que é feito por indicação médica e o que não o é. Os tranquilizantes/sedativos são os mais consumidos pelos alunos, com uma prevalência de experimentação de 8% e de 5% (com e sem indicação médica, respetivamente). O consumo ao longo da vida de analgésicos fortes regista prevalências um pouco inferiores (6% e 3%), enquanto os nootrópicos destacam-se como o tipo de medicamentos psicoativos menos consumido pelos alunos (3% e 2%).
- Uma grande maioria (79% em 2024 para 72% em 2019) jogou jogos eletrónicos no último mês, sendo que tal prática tende a ser mais prevalente em dias sem escola (74%) do que em dias de escola (65%). A percentagem de alunos que nos últimos sete dias jogou numa base diária ou quase diária – isto é, em quatro ou mais dias da última semana – é de 39%, o que corresponde a cerca de metade dos jogadores (49%). Não só o jogo eletrónico é mais prevalente em dias sem escola (férias, feriados e fins-de-semana), como nesses dias os alunos dispõem mais tempo a jogar videojogos: 30% dos que jogaram jogos eletrónicos em dias sem escola fizeram-no por norma por 4 horas ou mais, contra 10% em dias de escola.
- O jogo a dinheiro é muito menos prevalente: 18,2% jogaram a dinheiro no último ano, mais prevalente que em 2019 (12,9%), sendo as lotarias a forma mais utilizada para o fazer, seguindo-se as apostas desportivas e os jogos de cartas/dados, enquanto as slot machines se destacam como o tipo de jogo a dinheiro menos prevalente entre esta população. O jogo a dinheiro é uma prática mais masculina do que feminina, sendo a diferença entre os dois sexos particularmente acentuada. Nos últimos anos, tem-se verificado um crescimento da prática do jogo a dinheiro entre os alunos, tendo a percentagem de inquiridos que o fizeram nos últimos 12 meses mais do que duplicado entre 2015 e 2024 (8,5% para 18,2%).

Um outro estudo, conduzido pelo ICAD no **Dia da Defesa Nacional – “Comportamentos Aditivos aos 18 anos, Inquérito aos adolescentes/jovens participantes no Dia da Defesa Nacional - 2024” (ICAD, 2025)**, assinala o seguinte:

- Em cada 10 adolescentes/jovens de 18 anos, 7 beberam álcool, 4 fumaram tabaco, 2 consumiram pelo menos uma vez uma substância ilícita, principalmente a cannabis, seguida por substâncias estimulantes como as anfetaminas/metanfetaminas e a cocaína;
- No que diz respeito ao álcool mantém-se o cenário de uma elevada prevalência de consumos intensivos por ocasião. Em cada 10 adolescentes/jovens, 5 beberam de forma binge e 3-4 embriagaram-se severamente nos últimos 12 meses;

- Cerca de 3 em cada 10 adolescentes/jovens declararam ainda ter experienciado pelo menos um de sete problemas apresentados no questionário, atribuídos ao consumo de bebidas alcoólicas e/ou de substâncias ilícitas. O principal problema selecionado consistiu nas situações de mal-estar emocional;
- Em cada 10 adolescentes/jovens, 9 a 10 usam redes sociais online, 9 vêem vídeos, filmes, tutoriais online, e 8 lêem ou estudam online;
- Em cada 10 adolescentes/jovens, 4 começaram a usar a internet antes dos 10 anos, 6 usam a internet durante 4 horas ou mais por dia; 3 a 4 adolescentes/jovens usam as redes sociais durante 4 horas ou mais por dia; 1 joga online durante 4 horas ou mais por dia; <1 joga jogos de apostas online durante 4 horas ou mais por dia; 3 a 4 experienciaram recentemente 1 de 7 problemas que atribuem à utilização da internet, principalmente, situações de mal-estar emocional.

O **HBSC/OMS (Health Behaviour in School-aged Children)**³ é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde (OMS) que pretende analisar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas. Iniciou-se em 1982, neste momento conta com 51 países entre os quais Portugal, integrado desde 1996, e membro associado desde 1998 (Currie, Samdal, Boyce & Smith, 2001). De acordo com o protocolo de aplicação do questionário Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) para 2022 (Currie et al., 2001), a técnica de escolha da amostra foi a “cluster sampling”, onde a unidade de análise, foi a turma. De modo a obter uma amostra representativa da população escolar portuguesa, foram selecionados 40 agrupamentos de escolas do ensino básico e secundário de todo o país continental (5 regiões escolares), num total de 452 turmas. A amostra é representativa para os anos de escolaridade em estudo. Responderam 5809 estudantes, do 6º (29,5%), do 8º (33,5%) e do 10º (37%) ano de escolaridade, dos quais 50,7% do género feminino, com uma média de idade de 14,09 (DP=1,82). Verificamos que os rapazes referem mais frequentemente do que as raparigas não saber o que é cannabis, solventes e benzinhas, cogumelos mágicos e cocaína e referem mais frequentemente consumir todos os dias bebidas destiladas e cerveja. De entre os adolescentes que referiram já ter consumido álcool, são os rapazes os que referem com mais frequência ter consumido álcool entre 6 e 19 dias nos últimos 30 dias. Verificamos que os estudantes mais novos (6º e 8º anos de escolaridade) referem mais frequentemente do que os mais velhos (10º ano de escolaridade) não fumar tabaco e raramente ou nunca consumir bebidas destiladas, cerveja e vinho. De entre os estudantes que referiram já ter consumido álcool, foram os mais velhos (10º ano de escolaridade) os que mais frequentemente afirmaram

³ https://aventurasocial.com/wp-content/uploads/2022/12/HBSC_Relato%CC%81rioNacional_2022-1.pdf

ter consumido álcool, quer entre 6 e 19 dias, quer 20 dias ou mais, nos últimos 30 dias, e ter estado embriagados 1 a 3 vezes nos últimos 30 dias. Em relação ao consumo de drogas ilegais no último mês, os estudantes mais velhos (10º ano de escolaridade) reportaram tê-lo feito: 1,7% uma vez, 1,6% mais do que uma vez e 1,0% regularmente.

O **Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ 2024**⁴, indica-nos que no ano em apreço, as Comissões de Proteção de Crianças e Adolescentes/jovens (CPCJ) movimentaram 89 008 Processos de Promoção e Proteção, mais 5,5% do que em 2023. Estes dados confirmam uma tendência crescente verificada desde 2020. Dos 89 008 Processos movimentados, 34 301 transitaram do ano 2023 e 54 707 foram iniciados em 2024 (9 002 reabertos e 45 705 novos). As CPCJ rececionaram no ano, 58 436 comunicações de situações de perigo. Note-se que cada criança pode ter comunicada mais do que uma situação de perigo; por essa razão o número de comunicações é superior ao número de Processos que iniciaram no ano. As entidades que mais comunicam situações de perigo às CPCJ são as Forças de Segurança e os Estabelecimentos de Ensino, informação coincidente com a de 2023. A “Negligência”, logo seguida pela “Violência Doméstica”, constituem as categorias de perigo mais representadas nas comunicações recebidas. A Negligência foi a categoria mais comunicada, com 19 107 casos, representando 30,4% do total, seguida da categoria Violência doméstica, com 17 295 casos, representando 27,5% do total, uma diminuição de 1,6% face a 2023. Os Comportamentos de perigo na infância e juventude apresentaram um aumento, com 11 795 casos em 2024, representando 18,8% do total. Houve um acréscimo de 1 425 casos em relação a 2023. Na caracterização por escalão, é entre 15 e 18 anos que se regista o maior número de situações de perigo comunicadas, com 16 045 adolescentes/jovens. Em todas as faixas etárias, há uma maior proporção de comunicações relativas a crianças do sexo masculino em comparação com as do sexo feminino. De um total de 13 373 crianças e adolescentes/jovens com diagnóstico de necessidade de aplicação de medida de promoção e proteção em 2024, o escalão etário dos 15 aos 17 anos teve maior incidência, representando 26,9% do total, com 3599 adolescentes/jovens, dos quais 1562 são do sexo feminino e 2037 do sexo masculino. Isso indica uma predominância de adolescentes/jovens do sexo masculino (56,6%) em relação ao sexo feminino (43,4%). A medida de Acolhimento Familiar passou de 0,4% em 2023 para 0,5% em 2024.

Relativamente à caracterização das crianças e adolescentes/jovens em situação de acolhimento no ano de 2024, os dados do **Relatório CASA 2024 (ISS I.P)**, a 1 de novembro de 2024 havia 6 349 crianças e adolescentes/jovens acolhidas, das quais 2 151 tinham entrado em acolhimento no próprio ano, o que representa um decréscimo de 1,1% e de 11% respetivamente, em comparação com o ano de 2023. Contrariamente, no acolhimento de Crianças e Jovens Estrangeiros Não Acompanhados (CJENA) verificou-se um aumento de 4,5%, maioritariamente em movimentos não programados. Relativamente ao tipo de respostas de acolhimento, das 6 349 crianças e jovens

⁴ Site da Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção de Crianças e Adolescentes/jovens - AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DAS CPCJ - RELATÓRIO ANUAL 2024

em situação de acolhimento a 1 de novembro de 2024, 5 152 (81,1%) encontravam-se em casas de acolhimento designadas de generalistas, 75 (1,2%) em casas de acolhimento especializado, 68 (1,1%) em casas de acolhimento especializado para CJENAS, 310 (4,9 %) em apartamentos de autonomização, 361 (5,7%) em famílias de acolhimento e 383 (6%) em outras respostas de acolhimento (p.e. centros de apoio à vida, colégios de ensino especial, lar residencial, lar de apoio, comunidade terapêutica). Face ao ano transato, identifica-se uma diminuição do número de crianças e jovens em respostas de cuidados formais residenciais (- 2,3%), em casas de acolhimento, casas de acolhimento especializado e casas de acolhimento especializado para CJENAS.

No que se refere ao tipo de resposta de acolhimento, e comparativamente com o ano anterior, registou-se uma diminuição do número de crianças e jovens em casa de acolhimento (-2,3%), e um aumento exponencial em apartamento de autonomização e em família de acolhimento, 55% e 37,3% respetivamente, o que reflete já o processo de requalificação da rede de respostas iniciado em 2024, com o reforço da rede de apartamentos de autonomização e de famílias de acolhimento.

Tal como nos anos transatos, a maioria da população acolhida tem mais de 15 anos (52,1%), com predominância do sexo masculino, persistindo os problemas ao nível do comportamento (24,3%) e da saúde mental (14,1%). A duração média do tempo de acolhimento é de 3 anos, e é mais elevada nas CAE (4,9 anos), o que denota as dificuldades no encaminhamento subsequente dos jovens com problemas de comportamento e/ou de perturbação ou deficiência mental acolhidos nestas respostas sociais, e nos apartamentos de autonomização (4,2 anos), refletindo as dificuldades na concretização da autonomização dos jovens, nomeadamente ao nível da habitação e na integração no mercado de trabalho, mas também na necessidade da definição e implementação de programas de intervenção estruturados e validados cientificamente neste domínio.

III. Adolescência

Da análise realizada aos Relatórios Anuais de Avaliação das Atividades das CPCJ⁵⁶, é possível perceber que os processos instaurados ou reabertos sob a tipologia “A criança/jovem assume comportamentos que afetam gravemente o seu bem-estar e desenvolvimento sem que os pais, representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de forma adequada para remover essa situação” têm vindo a aumentar, ano após ano.

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

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

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

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

A Organização Mundial da Saúde circunscreve a adolescência à segunda década da vida (de 10 a 19 anos) e considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos. Esses conceitos comportam desdobramentos, identificando-se adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos).

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

⁵ Site da Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Adolescentes/jovens

Em Portugal, a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo⁷ define, no seu art.º 5º, criança ou jovem como *“a pessoa com menos de 18 anos ou a pessoa com menos de 21 anos que solicite a continuação da intervenção iniciada antes de atingir os 18 anos, e ainda a pessoa até aos 25 anos sempre que existam, e apenas enquanto durem, processos educativos ou de formação profissional”*.

A adolescência é um tempo de maturação física, emocional e psicossocial. Caracteriza-se por múltiplas condutas de experimentação, das quais o consumo de substâncias lícitas ou ilícitas assume particular relevância (Maia C. et al.⁸). Tendo por base esta caracterização, a intervenção realizada junto da população jovem deve ter em perspetiva a noção de que esta fase do desenvolvimento encerra em si mudanças súbitas que, se não forem bem integradas e trabalhadas podem potenciar situações de risco para os mesmos.

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

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

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

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

⁷Lei n.º 147/99, de 01 de setembro (alterada pelas Leis n.º 31/2003, de 22 de agosto; n.º 142/2015, de 08 de setembro; n.º 23/2017, de 23 de maio; n.º 26/2018, de 05 de julho, Lei n.º 37/2025, de 31/03, Leis n.º 31/2003, de 22 de agosto, 142/2015, de 8 de setembro, 23/2017, de 23 de maio, 26/2018, de 5 de julho, e 23/2023, de 25 de maio, Portaria 450/2023 (Regulamentação do Acolhimento Residencial)

⁸ Maia C et al. – Consumo de substâncias no adolescente, Ata Pediatr Port (2010)

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

1. Enquadramento Legal e Definições Essenciais:

O Direito das Crianças e Adolescentes/jovens está alicerçado em normas internacionais de natureza convencional, na Constituição da República Portuguesa e num conjunto de diplomas legais, cumprindo destacar, face ao objetivo subjacente ao presente documento, a **Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP)**⁹ e a **Lei Tutelar Educativa (LTE)**¹⁰.

Diplomas estruturantes do Direito das Crianças e Adolescentes/jovens, a LPCJP e a LTE foram fortemente inspirados no conjunto de instrumentos internacionais ratificados pelo Estado português, em especial pela **Convenção sobre os Direitos da Criança**¹¹, que reconheceu a criança¹² como sujeito autónomo de direitos e reconheceu a família como elemento fundamental para o seu *bem-estar e desenvolvimento harmonioso*.

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

- ✓ uma situação de perigo vivenciada por criança ou jovem (dos 0 aos 18 anos), que dará lugar a uma intervenção no domínio da promoção dos direitos e proteção, a qual é desenvolvida pelas entidades com competência em matéria de infância e juventude (1ª linha de Intervenção), pelas CPCJ's (2ª linha de intervenção), entidades não judiciais e, em último recurso, e só depois de esgotada a Intervenção nos patamares anteriores, pelo Tribunal (entidade judiciária).
- ✓ prática de facto qualificado pela lei penal como crime, por criança ou jovem de idade compreendida entre os 12 anos e os 15 anos (inclusive), que poderá conduzir a uma **intervenção tutelar educativa, de natureza exclusivamente judiciária** e excecional, porquanto **apenas terá lugar se existir necessidade de educação daquela criança ou jovem para o direito**.

⁹ Aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, cuja redação em vigor resultou da Lei n.º 26/2018, de 05/07.

¹⁰ Aprovada pela Lei n.º 166/99, de 14 de setembro, posteriormente alterada pela Lei n.º 4/2015, de 15/01.

¹¹ Assinada em Nova Iorque em 26 de janeiro de 1990 e ratificada por Decreto do Presidente da República de 12 de setembro do mesmo ano. Ratificada por 194 países, sendo que apenas os Estados Unidos da América e a Somália ainda o não fizeram. A ratificação desta Convenção torna os Estados Parte juridicamente responsáveis

¹² Pessoa com menos de 18 anos.

Qualquer uma das intervenções é orientada no superior interesse da criança ou do adolescente/jovem e a ambas subjazem propósitos de concretização dos seus direitos fundamentais. Poderão, no entanto, implicar a restrição de direitos dos pais e, por vezes, da própria criança ou jovem, devendo, por conseguinte, ser perspectivadas num quadro constitucional de necessidade, proporcionalidade e adequação.

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

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

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

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

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

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

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

- ✓ confere à criança e ao jovem o direito à proteção da sociedade e do Estado, com vista ao seu desenvolvimento integral, em situações de abandono, discriminação, opressão, exercício abusivo da autoridade na família (n.ºs 1 do artigo 69.º, da CRP);
- ✓ atribui ao Estado o dever de assegurar especial proteção às crianças em situações de orfandade, abandono, ou privação de meio familiar normal (n.ºs 1 e 2 do artigo 69.º, da CRP);
- ✓ Os pais têm o direito e o dever de educação e manutenção dos filhos (art.º 36º, n.º5 da CRP);
- ✓ estabelece que os filhos não podem ser separados dos pais, a menos que estes não cumpram os seus deveres fundamentais para com eles e sempre mediante decisão judicial (n.º 6 do artigo 36.º, da CRP).

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

A. Quando tem lugar a intervenção:

De acordo com o disposto na LPCJP, a intervenção apenas será legítima nas situações em que a segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento da criança ou jovem se encontre em **perigo**¹³ (não mero risco), seja em razão de ação ou omissão dos pais, representante legal ou de quem tenha a guarda de facto, ou de ação ou omissão de terceiros ou da própria criança ou jovem, **sem que aqueles se oponham de modo adequado a remover esse perigo** (artigo 3.º, n.º 1).

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

- ✓ está abandonada ou vive entregue a si própria;

¹³ O conceito de perigo é mais restrito, conduzindo a que não integrem o âmbito da intervenção prevista na LPCJP as ações destinadas a suprimir ou diminuir fatores de risco através da atuação direta ao nível da criança, pais ou meio onde se integra.

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

B. A quem cabe a intervenção:

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

- ✓ às entidades com competência em matéria de infância e juventude (autarquias; serviços de segurança social; instituições particulares de solidariedade social; escolas; instituições de saúde, mais concretamente os Núcleos (Hospitalares) de Apoio a Crianças e Jovens em Risco; entidades policiais; instituições sociais, culturais e desportivas, entre outras. Estas não dispõem de competência para aplicação de medidas de promoção e proteção).
- Efetuada de modo consensual com os pais, representantes legais ou quem tenha a guarda de facto da criança ou jovem e dependente da não oposição da criança ou jovem com idade superior a 12 anos ¹⁴.
- ✓ às comissões de proteção de crianças e adolescentes/jovens.¹⁵

¹⁴ A oposição de criança com idade inferior pode ser considerada relevante em face da sua capacidade para compreender o sentido da intervenção

¹⁵ Instituições oficiais não judiciárias, de composição de cariz pluridisciplinar.

- dependem do **consentimento expresso, prestado por escrito**, dos pais, dos representantes legais ou de quem tenha a guarda de facto da criança ou jovem e da **não oposição** da criança ou jovem com idade igual ou superior a 12 anos¹⁶;
 - dispõem de competência para aplicação das medidas de promoção e proteção previstas na LPCJP, **com exceção da medida de confiança a pessoa selecionada para a adoção, a família de acolhimento ou a instituição com vista à adoção**;
 - não dispõem de competência para aplicação unilateral de medida de proteção, a qual resultará de um **acordo de promoção e proteção** (reduzido a escrito);
 - dirige e controla a execução das medidas que aplica, negocia e celebra o acordo de promoção e proteção e indica quais as entidades com competência em matéria de infância e juventude responsáveis pela execução dos atos materiais da medida de promoção e proteção.
- ✓ aos tribunais – (especializados) de família e menores, ou que tenham competência nesta área:
- intervenção subsidiária da não judiciária;
 - tem lugar nos casos descritos no artigo 11.º da LPCJP, destacando-se, pela relevância e frequência:
 - i. as situações em que não esteja instalada comissão de proteção de crianças e jovens com competência no município ou na freguesia da área da residência da criança ou jovem;
 - ii. a comissão não tenha competência, nos termos da lei, para aplicar a medida de promoção e proteção adequada;
 - iii. a pessoa que deva prestar consentimento, , haja sido indiciada pela prática de crime contra a liberdade ou a autodeterminação sexual que vitime a criança ou jovem carecidos de proteção, ou quando, contra aquela tenha sido deduzida queixa pela prática de qualquer dos referidos tipos de crime;
 - iv. ausência ou retirada de consentimento por quem está obrigado a prestá-lo; oposição da criança ou jovem com idade superior a 12 anos;
 - v. não seja obtido acordo de promoção e proteção, quando necessário, à aplicação de medida;
 - vi. a CPCJ não disponha nem logre obter meios para aplicar ou executar a medida;
 - vii. incumprimento reiterado de medida aplicada pela CPCJ.
 - o processo é da titularidade do juiz, mas a iniciativa cabe, em regra, ao magistrado do Ministério Público, a quem compete a instauração do processo¹⁷;
 - o juiz dispõe de competência para aplicar **qualquer uma** das medidas de promoção e proteção;

¹⁷ Os pais, o representante legal, as pessoas que tenham a guarda de facto e a criança com idade superior a 12 anos podem requerer ao juiz a instauração de processo quando, decorridos 6 meses após o conhecimento da situação de perigo, a CPCJ não tenha proferido decisão.

- O processo comporta a possibilidade, **desejável e preferencial**, de ser obtido, em conferência¹⁸, um acordo de promoção e proteção;
- Caso não haja acordo, **o juiz designa data para a realização de debate judicial, podendo aplicar, entretanto, medida cautelar para proteção da criança**;
- Dirige e controla a execução das medidas que aplica, designando para efeito de acompanhamento Equipas Multidisciplinares de Assessoria Técnica aos Tribunais (ATT) ou entidade que considere mais adequada, **mas nunca a CPCJ**.

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

A intervenção, não judiciária ou judiciária, obedece aos mesmos princípios orientadores¹⁹:

- ✓ **Princípio do superior interesse da criança e do jovem**: atender, prioritariamente aos interesses e aos direitos da criança ou do jovem, legalmente consagrados, seja pela legislação nacional, seja pelos instrumentos internacionais ratificados pelo Estado português;
- ✓ **Princípio da privacidade**: respeitar a intimidade, direito à imagem e reserva da vida privada;
- ✓ **Princípio da intervenção precoce**: tem lugar logo que a situação de perigo seja conhecida;
- ✓ **Princípio da intervenção mínima**: ser exercida exclusivamente pelas entidades e instituições cuja ação seja indispensável à promoção dos direitos e proteção da criança e jovem;
- ✓ **Princípio da proporcionalidade e atualidade**: deverá ser a necessária e adequada à situação de perigo vivenciada pela criança ou jovem, **no momento da aplicação**, apenas interferindo na sua vida e família na medida do estritamente necessário aos fins visados com a intervenção;
- ✓ **Princípio da responsabilidade parental**: ser desenvolvida, se possível, por forma a que os pais assumam os deveres para com o filho;
- ✓ **Primado da continuidade das relações psicológicas e afetivas profundas**: deve respeitar o direito da criança à preservação das relações afetivas estruturantes de grande significado e de referência para o seu saudável e harmónico desenvolvimento, devendo prevalecer as medidas que garantam a continuidade de uma vinculação securizante;
- ✓ **Princípio da prevalência da família**: na intervenção deve ser dada prevalência às medidas que integrem a criança ou jovem na família biológica ou que promovam a sua adoção ou outra forma de integração familiar estável;

¹⁸ Presidida pelo juiz e com a presença do Magistrado do Ministério Público, nela estão presentes os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto da criança ou o jovem (se maior de 12 anos) e as pessoas e representantes de entidades cuja presença e assinatura do acordo sejam consideradas relevantes.

¹⁹ Artigo 4.º da LPCJ

- ✓ **Princípio da obrigatoriedade da informação:** garantir à criança ou jovem, aos seus pais, representante legal ou pessoa que tenha a sua guarda de facto, informação sobre os respetivos direitos, razão e fim da intervenção;
- ✓ **Princípio da audição obrigatória e participação:** garantir à criança ou jovem, aos seus pais, representante legal ou pessoa que tenha a sua guarda de facto, o exercício do direito de serem ouvidos e de participarem nos atos e na definição da medida a aplicar;
- ✓ **Princípio da subsidiariedade:** observar o princípio da subsidiariedade /sucessividade, por forma a que primeiramente tenha lugar a intervenção não judiciária e só na impossibilidade desta ter lugar ou cumprir a sua finalidade, passar para o patamar do judiciário.

D. Medidas de promoção e proteção:

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

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

Em obediência aos princípios da intervenção mínima, da proporcionalidade e da atualidade, a escolha por medida mais grave apenas poderá ter lugar se a menos grave não for suficiente e adequada para afastar a situação de perigo atual.

As medidas aplicadas pelas CPCJ ou pelos Tribunais de Família e Menores, por decisão negociada com os intervenientes (família, jovem com 12 e mais anos e/ou outros elementos de referência), integram um acordo de promoção e proteção, cujo acompanhamento da execução é realizado por um gestor de processo²⁰, das CPCJ ou das ATT. No âmbito do acompanhamento da medida aplicada, é fundamental que se defina uma estratégia de intervenção colaborativa (plano de intervenção), rigorosa e orientada para as ações de proteção materializada

²⁰ Art. 82.º-A da LPCJP “Para cada processo de promoção e proteção a comissão de proteção de crianças e adolescentes/jovens ou o tribunal competente designam um técnico gestor de processo, ao qual compete mobilizar os intervenientes e os recursos disponíveis para assegurar de forma global, coordenada e sistémica, todos os apoios, serviços e acompanhamento de que a criança ou jovem e a sua família necessitam, prestando informação sobre o conjunto da intervenção desenvolvida.

no plano de intervenção, construído com a família e a sua rede de suporte informal e formal (saúde, educação, segurança social, CAFAP). Estas ações devem ser consensualizadas e assumidas como compromissos entre os vários interventores.

E. Duração das medidas de promoção e proteção:

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

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

Quanto à duração, e com exclusão da medida de confiança a pessoa selecionada para a adoção, a família de acolhimento ou a instituição com vista a futura adoção, que dispõe de regime próprio:

Tabela 2 - Medidas de Promoção e Proteção

	MEDIDAS	DURAÇÃO (REGRA)	DURAÇÃO (EXCEÇÃO DETERMINADA PELO INTERESSE DA CRIANÇA OU JOVEM)
MEDIDAS EM MEIO NATURAL DE VIDA	apoio junto dos pais apoio junto de outro familiar confiança a pessoa idónea apoio para a autonomia de vida	a estabelecida no acordo de promoção e proteção ou na decisão judicial. ↓ não deve exceder 1 ano.	pode ser prorrogada até um máximo de 18 meses. ↓ a medida de apoio para autonomia de vida pode ser prorrogada até o jovem completar 21 anos. ↓ até aos 25, se o jovem se mantiver em processo educativo ou em formação profissional e manifeste a sua vontade de prorrogação da medida.
MEDIDAS DE COLOCAÇÃO	acolhimento familiar acolhimento residencial	A estabelecida no acordo de promoção e proteção ou na decisão judicial.	Prorrogada o tempo estritamente necessário para a execução do Projeto de Vida da Criança, que passará de forma prioritária pela reintegração/integração familiar, podendo ser

			ponderada a adoção ou a autonomização da Criança em função da idade da mesma. Pode igualmente ser prorrogada até aos 25 anos, desde que o Jovem se mantiver em processo educativo, mas privilegia-se a alteração para autonomia de vida (em modalidades de maior ou menor Apoio) logo que o Jovem revele as competências necessárias.
MEDIDAS CAUTELARES	Apoio junto dos pais Apoio junto de outro familiar Confiança a pessoa idónea Apoio para a autonomia de vida Acolhimento familiar Acolhimento residencial	Duração máxima de seis meses.	

Quanto à **revisão**, e com exclusão da medida de confiança a pessoa selecionada para a adoção, que dispõe de regime próprio e das medidas cautelares, que devem ser revistas no prazo máximo de três meses:

Tabela 3 - Revisão das Medidas de Promoção e Proteção

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

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

Tabela 4 - Cessação das Medidas de Promoção e Proteção

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

o mesmo manifeste vontade de regressar.

F. A medida de acolhimento residencial

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

Tabela 5 - Medida de Acolhimento Residencial

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

De acordo com a LPCJP (artigo 50.º), e o artigo 11º do Decreto-Lei 164/2019, de 25 de outubro na sua redação atual, prevê-se que o acolhimento residencial tem lugar em casas de acolhimento e que estas se possam organizar por **unidades residenciais especializadas tendo em conta as situações, problemáticas e características específicas das crianças e dos jovens a acolher.**

Constituem unidades residenciais especializadas:

- ✓ Unidade para resposta a situações de emergência;
- ✓ Unidade de apoio e promoção da autonomia dos jovens, nomeadamente em apartamento de autonomização, para preparação dos jovens para a vida ativa, de forma autónoma;
- ✓ Unidades específicas para responder a problemáticas com necessidades de intervenção terapêutica, designadamente nos casos de deficiência profunda, doença crónica grave, perturbação psiquiátrica ou comportamentos aditivos, garantindo os cuidados adequados, às crianças e jovens, no âmbito da execução da medida, mediante protocolo a celebrar entre as áreas governativas da segurança social e da saúde, e da educação especial quando necessário.

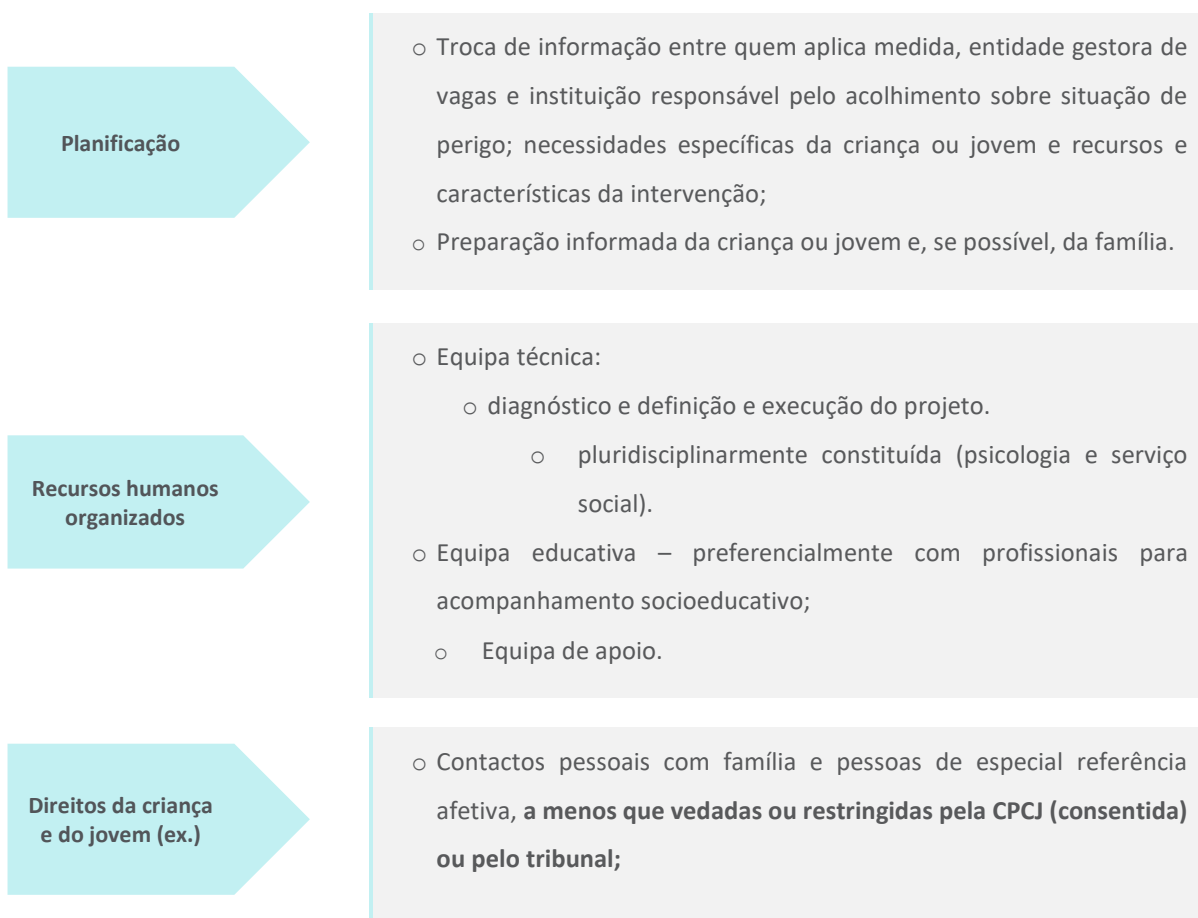
A par destas respostas, o mesmo dispositivo legal prevê que instituições com respostas residenciais, a saber, na área da saúde e da educação especial, podem executar, **em situações devidamente fundamentadas e pelo**

tempo estritamente necessário, medidas de acolhimento residencial relativamente a crianças ou adolescentes/jovens que evidenciem:

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

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

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



- Acolhida juntamente com os irmãos, **sempre que tal corresponda ao seu superior interesse;**
- Formação escolar e profissional, participação em atividades culturais, desportivas e recreativas;
- Acessibilidade a Cuidados de Saúde;
- Espaço de privacidade adequado à idade e situação; audição e participação;
- **Não ser transferido, a menos que corresponda ao seu superior interesse;**
- Contactar a CPCJ, o Magistrado do Ministério Público, o juiz e o seu advogado;
- Receber dinheiro de bolso;
- Inviolabilidade da correspondência;
- Ser ouvido e participar ativamente, em função do grau de discernimento, em todos os assuntos do seu interesse, a saber, a definição e execução do seu projeto de promoção e proteção.

V. Adolescência e adições

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

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

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

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

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

Um dos momentos mais importantes do decurso do PPP é o momento da entrevista aos pais, representantes legais ou detentores da guarda de facto do jovem, e a entrevista ao próprio. Esta circunstância, para além de ser legalmente prevista para recolha dos necessários consentimentos para a intervenção/não oposição do jovem

para a intervenção da CPCJ, reveste-se de importância fulcral para obtenção de informações sobre os fatores de risco e fatores de proteção que estejam presentes, direcionando a avaliação diagnóstica que se realizará em seguida. Para sublinhar o aspeto fundamental da entrevista poder-se-ia dizer, de outra maneira, que ela consiste em uma relação humana na qual um dos intervenientes deve procurar saber o que está a acontecer e deve atuar segundo esse conhecimento. A realização dos objetivos possíveis da entrevista (investigação, diagnóstico, orientação, etc.) depende desse saber e da atuação e acordo com esse saber²¹.

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

Figura 1 -Fatores de risco e fatores de proteção

	Fatores de RISCO	Fatores PROTETORES
FATORES BIOLÓGICOS / GENÉTICOS	Disfunção familiar História de patologia na família Elevada vulnerabilidade individual	Adequado desenvolvimento cognitivo / emocional Bom capital salutogénico
FATORES AMBIENTAIS	Condições sócio-económicas precárias Minoria étnica / discriminação racial Desorganização social Situação familiar instável História familiar de consumo de substâncias Facilidade na obtenção de substâncias	Coesão familiar Modelos parentais positivos Suporte emocional Redes sociais estruturantes
FATORES DA PERSONALIDADE	Baixa autoestima Baixa tolerância à frustração Facilidade de passagem ao ato Locus de controlo externo Tolerância ao desvio Desvalorização das normas sociais Fracas estratégias de coping Funcionamento interpessoal inadequado Crença de imunidade pessoal	Elevada autoestima Resistência às pressões desviantes Locus de controlo interno Comportamentos saudáveis Aceitação das normas sociais Estratégias de coping eficazes Sentimento de responsabilidade Capacidade de adiar gratificações Resiliência

²¹ Oliveira M. 2005, Entrevista psicológica - O caminho para aceder ao outro

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- O “setting” onde se vão desenrolar as entrevistas é adequado em termos de privacidade e conforto;

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

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

2. Comorbilidades de saúde mental

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

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

- Fatores de risco comuns a ambas as patologias (vulnerabilidade genética ou fatores ambientais precipitantes comuns);
- O abuso de substâncias pode precipitar a Perturbação Mental, em indivíduos com vulnerabilidades pré existentes (ex. sintomas psicóticos);
- A Perturbação Mental pode precipitar abuso de substâncias, como forma de “automedicação” (ex. nas perturbações ansiosas e depressivas);
- Efeito bidirecional;
- A oportunidade de exposição a substâncias ilícitas está aumentada em adolescentes/jovens com doença mental;

- Envolvimento das mesmas regiões cerebrais – as alterações cerebrais causadas pelo abuso de substâncias ocorrem nas mesmas áreas cerebrais afetadas nos quadros depressivos, ansiosos, psicóticos e bipolares.

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

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

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

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

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

3. Utilização Problemática da Internet, Gaming e Gambling

A utilização da Internet em geral, e as redes sociais virtuais em particular, estão amplamente difundidas, mas o balanço entre os benefícios e os prejuízos pode, em determinados períodos da história do indivíduo e configurações sistémicas associadas, desequilibrar-se, mais ou menos fortemente, a favor dos prejuízos. Para além da utilização da Internet em geral e das redes sociais virtuais em particular, estão ainda em causa o *gaming* ou o *gambling*, cada vez mais jogados na Internet. Nos últimos anos tem vindo a aumentar a prevalência de indicadores de uso excessivo de Internet entre os mais novos. As prevalências de dependência da Internet são de 0,5 % (moderada) e menos de 0,1 % (severa), sendo esta utilização mais problemática e particularmente mais comum entre os adolescentes/jovens de 15-24 anos (0.2 %) [Balsa, C., Vital C. & Urbano C. (2018). IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. Lisboa: SICAD]. Por sua vez, o jogo a dinheiro (*gambling*) tem uma prevalência muito elevada em Portugal, essencialmente devido aos jogos institucionais. A prevalência de portugueses que desenvolvem uma relação problemática (jogo patológico) com o jogo a dinheiro é de 0,6 %, percentagem que tem vindo a aumentar significativamente (PNRCAD, 2024).

A evolução ocorrida na investigação na área das perturbações aditivas nas últimas décadas levou à identificação de substratos biológicos e áreas cerebrais comuns entre estas e os quadros de jogo patológico (aqui entendido

como jogo a dinheiro, ou na sua expressão inglesa, “*gambling*”). As evidências assim apuradas foram suficientes para que na 5ª edição do manual de estatística e diagnóstico – DSM 5, o jogo patológico deixasse de ser considerado como uma perturbação do controlo dos impulsos e passasse mesmo a constituir o primeiro exemplo de adição comportamental, ou adição sem substância (APA, 2013). Na mesma versão deste manual de referência em termos de psicopatologia, enumeravam-se alguns outros quadros de alterações comportamentais de tipo impulsivo – compulsivo que embora e à data ainda não reunissem evidência suficiente para o efeito, muito possivelmente virão no futuro a constituir-se como outras adições comportamentais.

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

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

Em suma e como refere a OMS, a inclusão destas perturbações no espectro dos CAD permite o desenvolvimento e a aplicação de intervenções mais adequados e adaptados à realidade biopsicossocial da perturbação de que padece essa população, o que muito provavelmente resultará em ganhos em saúde ao nível individual, familiar e comunitário, promovendo ainda uma maior atenção dos profissionais de saúde aos riscos de desenvolvimento destas perturbações, permitindo a implementação precoce das intervenções de prevenção e tratamento mais adequadas (OMS, 2018).

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

Figura 2 - Fatores mais associados à emergência de problemas de jogo, (Linhas de Orientação Técnica para a intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências sem Substância, pp 30, SICAD 2018)

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

- Sinais de alerta para a utilização problemática da Internet, *Gaming e Gambling*:
 - I. Alteração de padrões de sono e de alimentação;
 - II. Negligência das obrigações escolares/académicas;
 - III. Alteração da socialização e maior isolamento social não virtual alteração das relações e rotinas familiares e /ou conflitos familiares.
- Realização de esforços infrutíferos para controlar, reduzir ou parar o uso da internet:
 - I. Frequente negação do tempo passado na internet;
 - II. Sentimento de necessidade de usar a internet cada vez mais tempo de forma a obter satisfação;
 - III. Sentimento de inquietude/agitação, mal humor, tristeza e/ou irritação quando tenta reduzir/ parar a utilização da internet ou quando é privado dessa utilização.
- Gastos/ganhos inexplicáveis de dinheiro.

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, Set. 2024):

Idade	Tempo de ecrã	Conteúdo	Contexto	Refeições	Sono	Escola
0 – 3 anos	Evitar (exceto videochamadas) < 30 min TV/dia	Seleção exclusiva por adulto, não permitindo que a criança mude de canal ou vídeo, ainda que seja anunciado como “conteúdo educativo”	Visualização sempre acompanhada por adulto, em interação com a criança. Não utilizar ecrãs para controlar birras ou para evitar que a criança se aborreça		Nunca	Nunca
4 – 6 anos	< 30 min/dia					
7 – 11 anos	Estabelecer limites de tempo (< 1h/dia)	Controlo parental dos conteúdos visualizados, de acordo com a idade e nível de autonomia Promover uma utilização ativa e positiva, sentido crítico em relação à informação, visualização de conteúdos de qualidade e alertar para risco de partilha de dados pessoais Permitido acesso a redes sociais a partir dos 16 anos	Utilização não deve nunca comprometer hábitos de vida saudável: atividade física regular, interação social, refeições em família, tempo de descanso, hábitos de leitura, etc. Comportamento dos pais modela o uso de ecrãs pelos filhos, em qualquer idade	Nunca	Evitar uso de ecrãs tácteis após o fim da tarde Não permitir ecrãs no quarto	Restringir uso de telemóvel nos intervalos escolares Promover uso de manuais em papel Não solicitar uso de telemóvel nas atividades letivas
12 – 15 anos	Estabelecer limites de tempo (< 2h/dia)					
16 – 18 anos	Estabelecer limites de tempo (< 2-3h)					

Assim, segundo a **Sociedade Portuguesa de Neuropediatria**, após uma extensa revisão bibliográfica e adaptando os resultados ao contexto social e cultural nacional, **recomenda-se o seguinte**:

1. **Evitar exposição a ecrãs até aos 3 anos**, exceto para videochamadas. Neste contexto, exclui-se a televisão, que pode ser usada até **30 minutos diários**, desde que **na presença de um adulto** e com **conteúdo adequado**.

2. **Entre os 4 e os 6 anos**, limitar o uso de ecrãs a **30 minutos por dia** de programação de **alta qualidade**, assistida na **presença de adultos** que ajudem a contextualizar o conteúdo. O controlo de canais ou mudança de vídeos **não deve ser acessível à criança de forma autónoma**.
3. **Dos 7 aos 11 anos**, manter limites consistentes de utilização até **1 hora por dia**; **dos 12 aos 15 anos**, até **2 horas por dia**, garantindo que o uso **não interfira no sono, na interação social, na atividade física, no estudo e noutras atividades essenciais à saúde e bem-estar**.
4. Conforme previsto na legislação portuguesa, **as redes sociais só devem ser permitidas a partir dos 16 anos**.
5. **Em todas as idades**, os ecrãs **não devem ser utilizados** como forma de **facilitar as refeições**, ultrapassar momentos de espera ou **controlar birras**.
6. **Promover o uso de conteúdo educativo e de alta qualidade**, utilizando estes recursos **em conjunto com as crianças**, para ajudá-las a **entender o que estão a ver e aplicar o que aprenderam ao mundo ao redor**.
7. **Estabelecer horários e zonas da casa** onde o uso de dispositivos móveis **não é permitido**, como a **mesa das refeições** e os **quartos**.
8. **Os pais devem modelar comportamentos saudáveis** relativamente ao uso da tecnologia, demonstrando **equilíbrio** entre o uso de dispositivos e outras atividades.
9. **Incentivar atividades físicas diárias** e oportunidades para **interações sociais presenciais**.
10. **Ponderar restrições ao uso de ecrãs nos intervalos escolares**, promovendo o **convívio e a atividade física** que substituam essa utilização extensiva. Igualmente, o uso de **manuals digitais** e de **plataformas online para trabalhos de casa** deve ser repensado até ao final do **3.º ciclo**, dado não existir evidência de que a sua utilização seja vantajosa para os processos de aprendizagem — sendo, muitas vezes, **fonte de distração e dispersão** para outros conteúdos não letivos.

4. Recursos de apoio à decisão no processo de promoção e proteção:

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

No final desta fase, já devem estar reunidos todos os elementos recolhidos através de diversos métodos e fontes (Forças de Segurança, Hospitais, Centros de Saúde, Associações e Entidades Privadas, Estabelecimento de Ensino e Serviços de Psicologia e Orientação, Serviços Públicos e/ou Privados Especializados no Apoio à Criança/jovem,

Vizinhos e familiares, outras entidades), ou através de outros métodos de recolha de informação (Entrevistas, visitas domiciliárias, utilização de instrumentos de avaliação e/ou questionários). Não obstante as fontes ou metodologias de recolha de informação mencionadas, a utilização das mesmas deve ser ajustada ao caso concreto, respeitando a individualidade de cada situação.

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

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

Assim, um jovem resiliente é um jovem que reage melhor, do que seria de esperar, comparativamente a qualquer outro jovem nas mesmas circunstâncias. É um jovem que faz progressos positivos em contextos desfavoráveis e que atinge um nível de ajustamento adequado apesar das circunstâncias adversas. Embora ainda falte investigação sobre as razões pelas quais alguns adolescentes/jovens são mais resilientes ao perigo, ou à adversidade, do que outras, parece que a resposta está na complexa interação entre (a) as próprias características da situação de perigo²².

²² Guia de Orientações para Profissionais da Educação na Abordagem de Situações de Maus-Tratos ou Outras Situações de Perigo, in https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EPIPSE/_guias_guiia_educacao.pdf

VI. Respostas e intervenções para crianças e adolescentes/jovens com comportamentos aditivos e dependências

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

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

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

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

A. Prevenção

Na área da prevenção dos comportamentos aditivos e das dependências têm-se desenvolvido políticas e intervenções estruturadas e baseadas em evidência científica, privilegiando os princípios da intervenção preventiva eficaz preconizada pela UNODC (2013 e 2018)²³, OEDT (2011;2019)²⁴, SICAD (2013)²⁵ e Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2019). Estes princípios orientam para que as intervenções preventivas sejam:

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

Figura 3 - Intervenções Preventivas



²³UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2013 e 2018). “International Standards on Drug Use Prevention”

²⁴ EMCDDA (2019). “European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals. Luxembourg: Publications Office of the European Union. EMCDDA Manuals No 7. e Currículo Europeu de Prevenção (2019)

²⁵ SICAD (2013). Linhas Gerais de Orientação à Intervenção Preventiva nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

A1. Conceitos e objetivos

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

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

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

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

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

As estratégias de **prevenção ambiental**, de acordo com o OEDT (2019), visam mudar os ambientes culturais, sociais, físicos e económicos em que as pessoas fazem escolhas sobre o uso de substâncias psicoativas. Elas incluem medidas como o preço do álcool e a proibição da publicidade ao tabaco e ao fumo, para as quais há boa evidência de eficácia. Outras estratégias visam proporcionar ambientes escolares protetores, promovendo um clima de aprendizagem positivo e de apoio e ensinando normas e valores de cidadania.

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

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

A **prevenção indicada** dirige-se a indivíduos que evidenciem sinais e sintomas precoces ligados aos comportamentos aditivos e às dependências e a indivíduos com consumos de substâncias sem critérios de dependência, visando prevenir a transição do uso ao uso nocivo, abuso ou dependência com ou sem substância.

Os sinais ou sintomas referidos podem estar diretamente relacionados com o consumo de substâncias (p.ex., consumo de álcool e ou de cannabis) ou constituir variáveis mediadoras para com as dependências e os comportamentos aditivos (p.ex., insucesso e absentismo escolar).

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

Figura 4 - Níveis de Prevenção.



A2. Destinatários

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

A3. Implementação

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

As equipas de prevenção dispõem de vários programas de competências pessoais e sociais. A formação nos referidos programas e o acompanhamento técnico é assegurado pelas referidas equipas e são aplicados a nível universal, seletivo, em meio escolar e comunitário, essencialmente por docentes e técnicos da comunidade,

como são exemplo os Programas: «Eu e os Outros» (2º e 3º ciclos e secundário), «Pistas e Trilhos» (2º e 3º ciclos), «Atlante» (3º ciclo) e «Riscos e Desafios» (ensino superior).

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

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

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

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

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

A4. Avaliação

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

A **avaliação de necessidades** realiza-se a partir de pedidos de intervenção da comunidade ou diagnosticadas no âmbito de parcerias locais e/ou regionais. A partir desta avaliação, o planeamento da intervenção é realizado, baseado na metodologia de projeto preconizada pelo Curriculum Europeu da Prevenção (EUDA)

A **avaliação de processo** e de resultados é realizada de acordo com os projetos e respetivos objetivos definidos. Na avaliação de processo, valoriza-se a aplicação de uma intervenção de acordo com as necessidades previamente diagnosticadas de um grupo-alvo. Descreve-se como é que a intervenção preventiva se

desenvolveu, se o desenho de intervenção funcionou e se o grupo-alvo beneficiou com as atividades realizadas, avaliando-se, assim, a qualidade da intervenção realizada. A avaliação de processo, ao exigir a recolha de todos os dados relevantes sobre o maior ou menor êxito da intervenção, oferece informação útil para a melhoria do programa.²⁶

A **avaliação de resultados** permite estudar o efeito direto e imediato da intervenção no grupo-alvo, promovendo a sua mudança no comportamento, constituindo-se como um instrumento essencial para ajuizar se vale a pena prosseguir, adaptar ou abandonar uma intervenção. Pela sua natureza, a avaliação de resultados desenvolve-se ao longo do período de implementação do projeto, nomeadamente nos momentos de pré e pós-intervenção.²⁷

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

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

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



²⁶ Kröger, C.; Winter, H. & Shaw, R. (1998). Guía para la Evaluación de las Intervenciones Preventivas en el ámbito de las Drogodependencias: Manual para Responsables de Planificación y Evaluación de Programas. Munich: EMCCDA/OEDT

²⁷ Linhas Gerais de Orientação à Intervenção Preventiva nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, SICAD (2013)

B. Redução de Riscos e Minimização de Danos

B1. Conceitos e objetivos:

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

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

A abordagem no âmbito da RRMD pretende globalmente promover a mudança dos comportamentos aditivos, com ou sem substâncias, de modo a diminuir os riscos e danos nos casos em que não é possível a sua supressão. As intervenções baseiam-se, assim, num forte compromisso com a saúde pública e com os direitos humanos, com um pendor eminentemente biopsicossocial²⁸.

B2. Implementação:

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

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

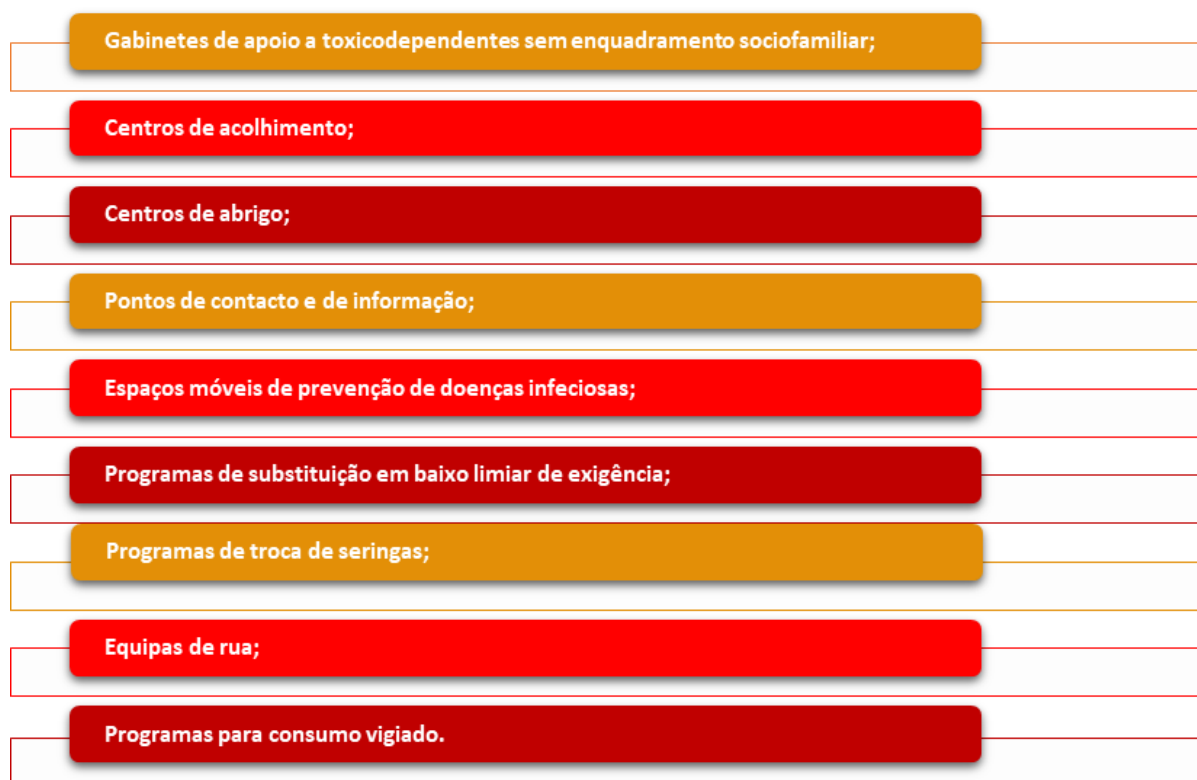
Subjacente ao mencionado Decreto-Lei está a criação, definição e regulamentação de programas e estruturas socio-sanitárias, com vista à adequação das mesmas às circunstâncias concretas da vida de cada cidadão.

A implementação destas estruturas privilegia a constituição de parcerias com entidades públicas ou com entidades privadas, devendo, na medida do possível, estar previsto o encaminhamento para o tratamento e a

²⁸ Orientação técnica para a intervenção em redução de riscos e minimização de danos: competências dos interventores (SICAD, 2016)

cessação dos consumos. Assim, no quadro legal em vigor em Portugal estão em funcionamento os seguintes programas e estruturas sócio sanitárias:

Figura 5 - Programas e estruturas sócio sanitárias



B3. Destinatários:

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

A alteração da dinâmica das atividades noturnas e a sua expansão para vários contextos recreativos, nomeadamente no que diz respeito ao consumo de substâncias, sendo este agora mais alargado do que os consumos típicos de álcool e de tabaco, bem como a própria diversidade de substâncias disponíveis, fomentaram a necessidade de intervenção junto de populações mais adolescentes/jovens.

B4. Interventores:

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

C. Tratamento

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

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

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

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

C1. Conceitos e objetivos:

O tratamento pode decorrer em diferentes tipos de enquadramentos e de estruturas (ambulatório, internamentos, centros de dia), podendo recorrer a diferentes formas de intervenção e ter uma duração variável.

Sendo uma doença crónica e sujeita a recaídas, as perturbações aditivas requerem frequentemente um processo de tratamento a longo prazo, envolvendo múltiplas valências e exigindo acompanhamento regular. Neste contexto, as recaídas terão de ser entendidas, em termos de planificação do tratamento, como momentos críticos que sinalizam a necessidade de reajustamento da estratégia terapêutica às necessidades presentes do doente, em termos de valências a mobilizar e/ou da intensidade e frequência da intervenção.

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

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

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

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

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



C2. Implementação:

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

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

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

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

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

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

Deste modo:

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

C3. Destinatários:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Assim, e como referido anteriormente, a complexidade da intervenção junto de adolescentes/jovens com CAD obriga a uma avaliação diagnóstica da dependência²⁹ e a intervenção em tratamento consiste, genericamente, em disponibilizar uma ou mais intervenções estruturadas. Esta intervenção visa lidar com os problemas de saúde e outros, resultantes direta ou indiretamente dos comportamentos aditivos, nas dimensões da saúde física, psicológica e social do jovem, visando promover um estado de equilíbrio, quer ao nível pessoal, quer ao nível relacional e social. Este processo terapêutico terminará quando o máximo do seu potencial para a saúde e bem-estar for atingido (adaptado do site ICAD, IP). Numa lógica de prevenção da recaída e promoção do bem-estar, deverá haver manutenção das condições físicas, emocionais e relacionais descritas.

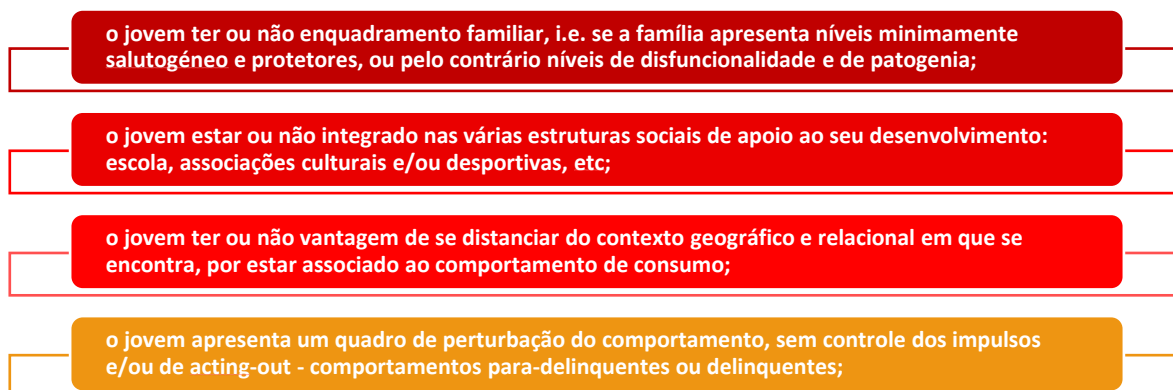
O tratamento pode decorrer em diferentes tipos de enquadramentos e estruturas (ambulatório, internamentos, centros de dia), num processo normalmente longo, com situações de resistência e de ambivalência próprios da fase da adolescência e da patologia dos CAD, por vezes com vários abandonos e com várias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

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

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

²⁹ A avaliação diagnóstica combina várias estratégias, abordagens e instrumentos de avaliação (ASSIST, AUDIT; SOGS)

Figura 6 - Critérios para escolha de contexto terapêutico



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

A avaliação clínica mencionada e em razão da idade dos adolescentes/jovens, deverá ser elaborada por equipa biopsicossocial, constituindo uma importante ferramenta para o diagnóstico das necessidades dos mesmos e eventual encaminhamento para resposta de tratamento residencial.

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

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

C4. Interventores:

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

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

C5. Respostas Residencial de Tratamento – Comunidades Terapêuticas:

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

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

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

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

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

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

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

Sendo esta resposta maioritariamente assegurada por entidades privadas convencionadas com o Ministério da Saúde nos moldes previstos pelo Decreto – Lei nº 72 / 99 de 15 de março, o apoio a conceder aos cidadãos com CAD e suas famílias nestas valências é concretizados pelo disposto no Despacho do Ministério da Saúde nº 5517/2023 de 12 de maio, o qual fixa os procedimentos e requisitos a observar no estabelecimento das convenções entre o Estado, e o Despacho dos Ministérios das Finanças e da Saúde nº 4665/2025 de 16 de abril, o qual fixa os procedimentos e os limites da comparticipação do Estado no que concerne ao apoio aos cidadãos e suas famílias para o tratamento nestas unidades. Nestes Contratos de Convenção, assume o SICAD o papel de representante do Estado. O financiamento do Estado pelos serviços prestados no âmbito das convenções tem como limite 80% do preço máximo estabelecido à exceção dos programas de longa duração.

Estes diplomas legais limitam esse financiamento a 18 meses (12 meses + 6 meses de prorrogação especial), com a possibilidade de prorrogação em regime de excecionalidade, em casos de manifesta e comprovada necessidade, devidamente fundamentada e reconhecida pelo ICAD,IP., e pelo período estritamente necessário. As CT que dispõem de programa específico dirigido a adolescentes/jovens, disponibilizam, através de intervenção psicoterapêutica e socio terapêutica, apoio aos adolescentes/jovens para a reorganização do seu mundo interno, nas relações com os outros e com o meio que o rodeia, construindo novas alternativas de perspetivar o seu futuro, assente numa abordagem que visa a reabilitação biopsicossocial do jovem.

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

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

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

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

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

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

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

D. Reinserção

D1. Conceitos e objetivos:

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

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

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

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

Figura 7 - Elementos centrais para definição de reinserção

	É um processo de socialização ou ressocialização do indivíduo;
	É um processo de reestruturação pessoal e recuperação da autoimagem;
	É um processo de construção de um projeto de vida satisfatório e sustentável;
	Implica a família e a própria comunidade onde o consumidor se insere;
	A comunidade terá que ser um aliado ativo em todo o processo.

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

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

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

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

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

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

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

A intervenção pode ser efetuada a três níveis:

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

Considerando os diferentes níveis, a intervenção tem como pressuposto:

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

D2. Destinatários:

Os destinatários da intervenção em reinserção podem ser:

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

D3. Implementação

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

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

- 1 – Consulta, onde é elaborado um diagnóstico social que contempla a avaliação das necessidades do cidadão, das competências sociais e pessoais e dos recursos existentes a nível da rede informal e formal. Sempre que possível deverá existir um acompanhamento de continuidade, devendo o mesmo ser negociado/contratualizado um Plano Individual (PII) que contemple os três níveis de intervenção;
- 2 – Visitas Domiciliárias, onde é efetuado um acompanhamento no seu contexto habitacional e observada a interação do cidadão com o seu meio envolvente;
- 3 - Mediação social, onde, enquanto mediador, tenta, por meio da organização de interações entre as pessoas ou instituições, ajudá-las a melhorar uma relação ou a resolver um conflito;
- 4 - Articulação e encaminhamento interinstitucional, são procedimentos necessários no âmbito do acompanhamento, inúmeras vezes em complementaridade com uma rede de parcerias institucionais;

5 - O profissional da reinserção poderá ainda recorrer a estratégias de intervenção em grupo, que se organizam de acordo com o funcionamento das Equipas nas quais se insere, nomeadamente:

- Intervenção Familiar e Terapia familiar
- Programas de Treino de Competências Parentais
- Projetos de Treino de Competências Pessoais e Sociais
- Projetos de Prevenção de Recaída
- Grupos de Pós-alta
- Grupos de Famílias

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

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

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

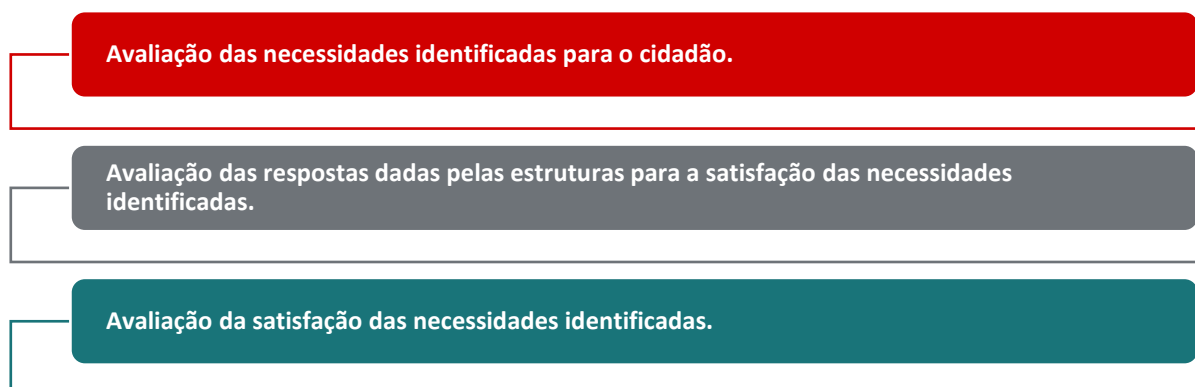
D4. Interventores:

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

D5. Avaliação:

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

Figura 8 - Níveis de avaliação em reinserção



VII. Rede de Referenciação no âmbito dos CAD para Adolescentes e Jovens

Os CAD constituem um fenómeno complexo, multifatorial e multidimensional, que inclui fatores genéticos, neurobiológicos, psicológicos, sociais e ambientais, caracterizados por comportamentos impulsivo-compulsivos recompensantes, associados ao uso de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, ou a comportamentos que não envolvam o uso de substâncias; a continuidade e a perseverança deste tipo de comportamentos, coexistindo com outros fatores neurobiológicos, psicológicos, genéticos ou ambientais, poderá evoluir para o ciclo de adição. Estes comportamentos podem surgir em qualquer fase do ciclo de vida de um indivíduo, tendencialmente de evolução crónica, sujeitos a períodos de recaídas e de remissão, associando-se, muito frequentemente, a outras patologias físicas e/ou psíquicas e a riscos e danos variados³⁰.

De forma a garantir uma decisão sustentada, no âmbito dos processos de promoção e proteção de adolescentes e jovens em situação de perigo face aos CAD, é fundamental proceder à classificação dos níveis de risco dos comportamentos aditivos, permitindo a identificação dos diferentes níveis de intervenção e consequentemente das respostas mais ajustadas.

Com base na Rede de Referenciação/Articulação no âmbito do CAD (ICAD, I.P., 2025), apresenta-se a figura relativa à classificação face aos níveis de risco dos comportamentos aditivos:

³⁰ Rede de Referenciação / Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências (ICAD, I.P. 2025)

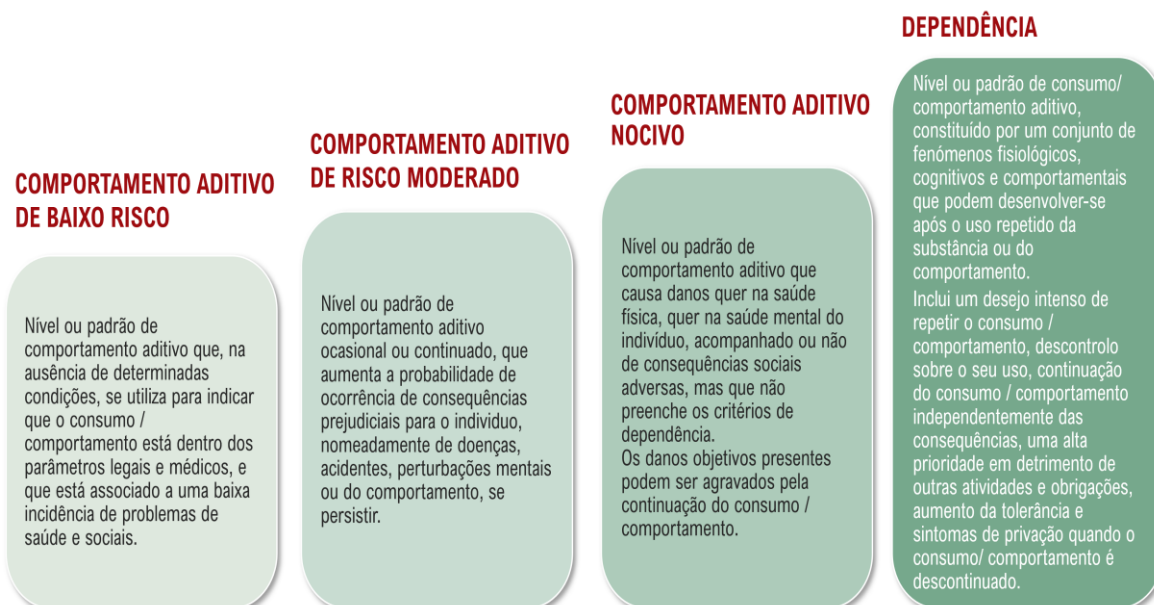


Figura 9 – Níveis de risco nos CAD³¹

Tendo em conta a complexidade da problemática dos CAD, é incontornável a necessidade de uma intervenção integrada, de acordo com a avaliação do risco do comportamento aditivo, bem como a articulação das respostas, que permita acompanhar a evolução do mesmo.

O estabelecimento de uma rede de serviços de saúde públicos estruturados em diferentes níveis de intervenção na área dos CAD pretende potenciar sinergias de atuação, numa lógica centrada no cidadão, de forma a evitar a fragmentação da prestação de cuidados.

De acordo com a RRACAD, um comportamento aditivo pode manifestar-se por sinais de alarme diversos, desde alterações do comportamento e patologias somáticas, passando por situações em que já podem ser evidentes padrões disfuncionais (comportamento aditivo de baixo risco e de risco moderado) – As intervenções de Nível I destinam-se a comportamentos aditivos de baixo risco e risco moderado.

De gravidade acrescida são as situações em que se tornam evidentes as consequências nocivas diretamente relacionadas com o padrão de comportamento existente: comportamento aditivo de risco nocivo, policonsumo ou mesmo a dependência, ainda de expressão atenuada. Associados a estes padrões de comportamento aditivo surgem frequentemente outros comportamentos de risco em diversas esferas do funcionamento individual

³¹ World Health Organization. *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) – Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://icd.who.int>

(saúde, sexualidade, social, familiar), bem como patologias diversas associadas a esse padrão disfuncional (comorbilidades) – As intervenções de Nível II destinam-se a comportamentos aditivos de risco moderado, risco nocivo ou dependência.

Num *continuum*, a evolução desfavorável, a partir deste nível de gravidade, quando ocorre, determina um agravamento do nível da patologia aditiva subjacente, bem como das suas consequências. A dependência assume características graves, a associação a outros consumos /comportamentos pode intensificar-se, decorrendo assim um aumento de probabilidade do surgimento/ agravamento de comorbilidades (psicopatologia) – As intervenções de Nível III destinam-se a comportamentos aditivos de risco nocivo e dependência.



Figura 10 - Relação entre níveis de risco e níveis de intervenção no âmbito dos CAD³²

A figura seguinte apresenta um quadro-resumo que interliga os níveis de risco dos comportamentos aditivos, os cuidados de saúde indicados, e os níveis de Intervenção:

³² Adaptado de Springer, IOM - J.F. & Phillips, J. (n.d.), The Institute of Medicine Framework and its implication for the advancement of prevention policy, programs and practice. Washington: CARS e de Ferreira-Borges, C. e Cunha Filho, H. (2007), Intervenções Breves: Álcool e Outras Drogas – Manual Técnico, Lisboa: CLIMEPSI.

	PROBLEMAS	CUIDADOS DE SAÚDE	INTERVENÇÃO
Nível I.	- Fatores de risco - Perturbações do comportamento - Comportamento aditivo de baixo risco	Cuidados de Saúde Primários	Deteção precoce; Intervenção precoce; Intervenção breve; Programas de intervenção comunitária
		ESPECIALIZADOS EM CAD CRI [ETE de Prevenção (Consultas de Adolescentes e Jovens)]	Prevenção Seletiva e Indicada; Intervenção precoce; Intervenção breve
Nível II.	- Comportamento aditivo nocivo - Dependência - Comorbilidade	ESPECIALIZADOS EM CAD CRI [ETE de Prevenção (Consultas de Adolescentes e Jovens), Tratamento, Reinserção e RRMD]; Unidades de Alcoologia; Comunidades Terapêuticas; Unidades de Desabilitação	Prevenção Indicada; Intervenção breve; Tratamento integrado; Redução de Riscos e Minimização de Danos; Reinserção
		Serviços Locais de Saúde Mental – infância e adolescentes/ adultos; Serviços de especialidades médico-cirúrgicas	Tratamento integrado
Nível III.	- Dependência - Comorbilidade - Psicopatologia	ESPECIALIZADOS EM CAD CRI [ETE de Tratamento, Reinserção e RRMD]; Unidades de Alcoologia; Comunidades Terapêuticas; Unidades de Desabilitação	Tratamento integrado; Desintoxicação / Desabilitação; Internamento por patologia psiquiátrica; Programas de Tratamento com opióides; Redução de Riscos e Minimização de Danos; Reinserção
		HOSPITALARES Serviços Locais de Saúde Mental – infância e adolescentes/ adultos; Serviços de especialidades médico-cirúrgicas	Tratamento integrado; Desintoxicação / Desabilitação; Internamento por patologia psiquiátrica/ orgânica

Figura 11 - Níveis intervenção no âmbito dos CAD³³

Os Centros de Respostas Integradas (CRI) enquanto estruturas locais territorialmente definidas, asseguram respostas de nível I nomeadamente através das Equipas Técnicas Especializadas de Prevenção e das Consultas de Adolescentes e Jovens (CAJ).

As respostas de nível II e III são asseguradas pelos CRI, através das suas Equipas Técnicas Especializadas de Prevenção e das Consultas de Adolescentes e Jovens (nível II), pelas Equipas Especializadas de Tratamento e de Reinserção e Redução de Riscos e Minimização de Danos, pelas Unidades de Alcoologia, Unidades de Desabilitação e Comunidades Terapêuticas.

O modelo de prestação de cuidados de saúde centrado no adolescente e no jovem encontra-se alicerçado nas 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 abaixo:

³³ Adaptado de Springer, IOM - J.F. & Phillips, J. (n.d.), The Institute of Medicine Framework and its implication for the advancement of prevention policy, programs and practice. Washington: CARS e de Ferreira-Borges, C. e Cunha Filho, H. (2007), Intervenções Breves: Álcool e Outras Drogas – Manual Técnico e Cd-Rom, Lisboa: CLIMEPSI



Figura 12 – Fluxograma da RRACAD para adolescentes e jovens

As Consultas de Adolescentes e Jovens (CAJ), dão resposta a adolescentes e jovens dos 12 aos 24 anos e integram a Rede de Referência/Articulação em CAD. Estas respostas 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 (nível I e II).

A nível nacional existem atualmente vários espaços de atendimento dirigidos a adolescentes e jovens e suas famílias/cuidadores - Consulta de Adolescentes e Jovens em CAD - que apresentem risco acrescido para os comportamentos aditivos. 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 comunidade³⁴.

A referenciação de adolescentes e jovens poderá ser efetuada por estruturas da saúde (Cuidados de Saúde Primários ou Unidades Hospitalares – Pedopsiquiatria, Psiquiatria e Pediatria), do sistema educativo, do sistema judicial (Direção Geral de Reinserção Social e Serviços Prisionais e Tribunais), do sistema de promoção e proteção (CPCJ, Casas de Acolhimento Residencial, Equipas Multidisciplinares de Apoio aos Tribunais, Tribunais de Família e Menores), e ainda pelas Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT).

³⁴ Linhas Orientadoras para as Consultas de Adolescentes e Jovens no âmbito dos CAD, ICAD, I.P., 2025.

Sempre que o adolescente/jovem apresente critérios para uma intervenção no âmbito do tratamento (dependência grave, policonsumo, comorbilidade física e psicopatologia grave – nível III) deverá ser efetuado o encaminhamento para a Equipa Técnica Especializada de Tratamento da sua área de residência.

A referenciação para as UIL-CAD deverá ser operacionalizada através do envio de ficha de referenciação CAJ/ET, ou através do Módulo de Inscrição Pública (preconizado no âmbito da RRACAD 2025) com a autorização do responsável legal do adolescente /jovem até aos 18 anos.

No âmbito da intervenção junto das comunidades Vulneráveis que abrangem, entre outros, as pessoas migrantes (sazonais migrantes e não migrantes), refugiadas (incluindo crianças e jovens menores estrangeiros refugiados não acompanhados – CJMENA), comunidades ciganas, comunidades residentes em casas de acolhimento (crianças e jovens em risco, vítimas de violência doméstica ou de tráfico de seres humanos), bem como outras populações identificadas pelas instituições como de especial vulnerabilidade, existe a rede de Pontos Focais Institucionais para as Comunidades Vulneráveis (PFCV), em todas as ULS da região norte, IPO Porto e ICAD, que articula com a rede de N(H)ACJR e EPVA, alargando, na área da Saúde, a Rede de Apoio junto de Crianças e Jovens com processos de promoção e de proteção, assegurando respostas céleres, articuladas e adequadas no acesso e continuidade a cuidados de saúde quer ao nível dos Cuidados de Saúde Primários quer Hospitalares.

Do ponto de vista dos PFCV da área da saúde, é privilegiada: a articulação intrainstitucional com a inscrição do menor na Unidade de Saúde, preferencialmente, mais próxima do local onde este se encontra; a indicação de equipa de saúde médico e enfermeiro de família/assistente; no caso de crianças e jovens estrangeiras não acompanhadas ou separadas em contexto de migração, deve ser sinalizado, pelo PFVC ou pelo Ponto Focal das UIL-CAD para o núcleo NACJR/EPVA, dos Cuidados de saúde Primários da ULS onde o menor se encontrar inscrito

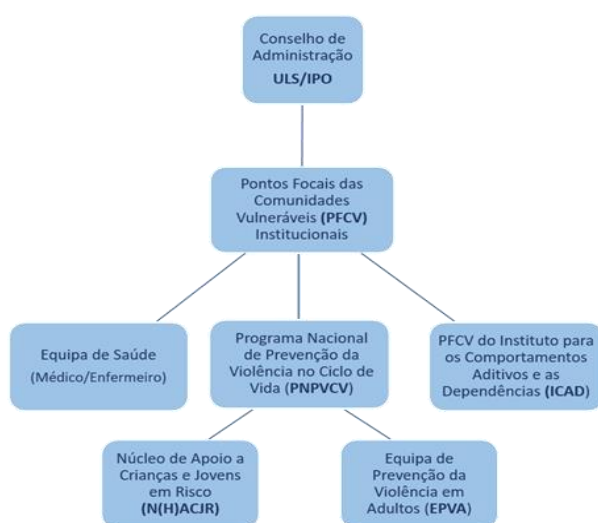


Figura 13 – Fluxograma da Acessibilidade aos Cuidados de Saúde na Região Norte: Crianças e Jovens em Risco

A rede de Pontos Focais para as Comunidades Vulneráveis da região norte, ainda não dispõe de uma lista de contactos pública, no entanto, articulam proximamente com os N(H)ACJR e as Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA) institucionais, cuja lista nacional se poderá consultar através do link: <https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/04/Lista-Contactos-Equipas-PNPVCV-externa....>

VIII. Recomendações e conclusões

Enquadramento:

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

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

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

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

AS RECOMENDAÇÕES ESTÃO ORGANIZADAS EM DIFERENTES SECÇÕES, A SABER:

A – Sinalização e avaliação diagnóstica de adolescentes/jovens em perigo com comportamentos aditivos:

- Em cada UIL/Pólo, com Consultas de Adolescentes e Jovens (CAJ) deverá existir pelo menos um elemento que seja interlocutor com as entidades (CPCJ/ATT), constituindo-se como elemento facilitador da articulação entre a equipa de intervenção local na área dos CAD e os elementos das CPCJ/ATT (*vide links úteis*).
- Em cada Centro Distrital de Segurança Social deverá existir um elemento que seja interlocutor distrital para as questões dos CAD e da promoção e proteção, constituindo-se como facilitador para a resolução de eventuais situações que se revistam de maior complexidade e para as quais não tenham sido encontradas respostas após articulação entre a equipa de intervenção local na área dos CAD e os elementos das CPCJ/ATT (*vide links úteis*).
- As equipas especializadas em CAD consubstanciam-se como aliados-chave na avaliação e implementação dos processos de promoção e proteção (PPP), quando os fatores de risco identificados recaem no âmbito dos CAD, os quais poderão ser adotados pelos adolescentes/jovens, bem como pelos respetivos cuidadores. Desta forma, importa garantir uma articulação célere e ágil entre estas equipas e as CPCJ ou ATT, no que concerne aos recursos disponíveis no âmbito da saúde especificamente na temática CAD, à partilha de informação necessária nos momentos de avaliação diagnóstica, aplicação e acompanhamento/execução da medida protetiva em curso. Estas equipas têm, na sua esfera de intervenção, inúmeras competências, nomeadamente:
 - a. Avaliação/acompanhamento aos adolescentes/jovens com CAD;
 - b. Avaliação/acompanhamento aos cuidadores dos adolescentes/jovens com CAD;
 - c. Apoio às CPCJ ou ATT/NIJ que acompanham adolescentes/jovens com CAD e que manifestem indisponibilidade em aderir a um eventual encaminhamento e intervenção neste âmbito;
 - d. Apoio às CPCJ ou ATT/NIJ que acompanham adolescentes/jovens cujos cuidadores adotam CAD e manifestam indisponibilidade em aderir a um eventual encaminhamento e intervenção neste âmbito;
 - e. Apoio às CPCJ ou ATT no encaminhamento de adolescentes/jovens com CAD para a resposta CT.
- As CPCJ ou as ATT que, decorrente da avaliação realizada junto dos adolescentes/jovens em apreço e/ou junto dos respetivos cuidadores (pais/representantes legais ou detentores da guarda de facto), suspeitem ou detenham confirmação que os mesmos adotam CAD com ou sem substâncias psicoativas, deverão referenciar os mesmos às Equipas Especializadas neste âmbito.
- Nas situações em que os jovens se encontram integrados em resposta de acolhimento residencial ou familiar, a equipa técnica da resposta deverá articular com o respetivo gestor de processo (CPCJ ou ATT),

que assegurará a articulação necessária com as Equipas Especializadas em CAD, conforme previsto no presente documento.

- Em sede de avaliação no âmbito do PPP, preconiza-se uma abordagem colaborativa e motivacional junto do jovem, com a auscultação de vários intervenientes, incluindo as equipas especializadas em CAD, para aprofundar o conhecimento da situação e melhor ajustar a medida a implementar.
- Relativamente ao PPP, a recolha de informações por parte das CPCJ ou das ATT, junto das equipas especializadas em CAD, deve acontecer em dois momentos distintos. Primeiramente, para obtenção de informações que contribuam para a instrução do processo e caracterização da situação de perigo. Caso se confirme que o jovem se encontra em situação de perigo, as CPCJ ou a ATT, na construção do Acordo de Promoção e Proteção (APP), deverão articular com os profissionais das equipas especializadas, para que este possa ser o mais ajustado possível às necessidades de intervenção diagnosticadas. Neste sentido, e para acautelar esta necessidade, os serviços de saúde especializados na área dos CAD, devem dar resposta aos pedidos de consulta realizados pelas CPCJ ou pela ATT, com a maior brevidade possível, dando-lhe prioridade, no seguimento do disposto na Lei de Proteção de Crianças e Adolescentes/jovens em Perigo.
- Os pedidos dos técnicos pertencentes às CPCJ, realizados junto dos elementos das equipas especializadas em CAD, devem mencionar a identificação da entidade que solicita as informações, bem como o motivo do pedido, dirigindo-o ao(s) interlocutor(es) das UIL/Polos, anexando os documentos de consentimento dos cuidadores do jovem (pais/representantes legais ou detentores da guarda de facto) e a não oposição destes. As informações enviadas pelos elementos das referidas equipas devem caracterizar genericamente a situação do jovem. Caso o processo de promoção e proteção corra num Tribunal com competência em matéria de Família e Menores, os pedidos de informações elaborados por parte das ATT devem indicar o número do processo, juízo e tribunal, podendo ainda ser anexado o despacho judicial com o pedido.
- No caso de existir necessidade de obtenção de informações mais detalhadas, ou sempre que a situação se revista de maior complexidade, deverá existir uma articulação direta entre os elementos das equipas locais especializadas em CAD e os elementos gestores do processo do jovem (CPCJ ou ATT).
- Caso o jovem já beneficie de acompanhamento nas especialidades Psicologia e/ou Pedopsiquiatria, sugere-se ainda que a equipa proponente (CPCJ ou ATT), promova articulação junto dos respetivos técnicos, com o objetivo de, em conjunto, avaliarem se o eventual encaminhamento do mesmo para consulta na especialidade CAD, se constitui como um benefício para a intervenção, e consequentemente, para a evolução clínica do jovem. Caso se avalie como benéfico o respetivo encaminhamento, o técnico que acompanha o jovem nas especialidades Psicologia e/ou Pedopsiquiatria, em articulação com os elementos das CPCJ ou das ATT, deverá disponibilizar à Consulta de Adolescentes e Jovens (CAJ) que irá acolhê-lo, relatório/informação clínica que espelhe a avaliação do apoio realizado até ao momento, e que considere ser do conhecimento da mesma para a necessária intervenção a desenvolver neste âmbito. Se se avaliar pela não duplicação de intervenções, a Consulta de Adolescentes e Jovens deverá articular com o técnico que

acompanha o jovem, no sentido de o apoiar na gestão da situação relacionada com a problemática em apreço, complementando o acompanhamento já iniciado e em curso. Decorrente desta avaliação, poderão surgir duas alternativas de resposta para que o jovem recupere a sua saúde face ao CAD adotados, designadamente, o respetivo acompanhamento em regime ambulatorio (medida protetiva em meio natural de vida), ou a sua integração em resposta específica de acolhimento, nomeadamente, Comunidade Terapêutica (CT).

- Considerando a intervenção realizada pelos N(H)ACJR e sempre que for considerado pertinente, sugere-se a articulação com os mesmos, por forma a serem planificadas e delineadas as ações, em sede de PPP.

B – Acompanhamento:

1. Ambulatório

- Poderão existir situações em que, por via da avaliação realizada por parte das CAJ e/ou ET em articulação com os técnicos das CPCJ ou das ATT, as mesmas consideram que os adolescentes/jovens, e respetivos cuidadores, com registo de comportamentos aditivos, poderão ser alvo de intervenção clínica e terapêutica neste âmbito, através de um plano de intervenção terapêutico em regime ambulatorio. Nesta tipologia de resposta, o programa terapêutico a desenvolver junto dos adolescentes/jovens, ficará a cargo das equipas especializadas em CAD da área de residência dos mesmos ou, nos casos de acolhimento residencial ou familiar na área onde estas respostas se encontram, em consultas especializadas e em estreita articulação com os técnicos gestores do processo de promoção e proteção (CPCJ ou das ATT), com o objetivo de se ir avaliando a prossecução da intervenção.
- Nas situações em que o jovem não apresente motivação para aderir à Consulta de Adolescentes e Adolescentes/jovens, sugere-se que a mesma se realize com os respetivos cuidadores (pais/representantes legais/detentores da guarda de facto ou elementos das casas de acolhimento ou família de acolhimento), e com a colaboração da equipa proponente (CPCJ ou ATT), bem como com as equipas das respostas de acolhimento residencial ou familiar, quando aplicável, a fim de se refletir/trabalhar junto dos próprios, estratégias de intervenção a implementar no contexto familiar, na casa de acolhimento, ou na família de acolhimento, necessárias à gestão adequada da situação e à promoção da motivação do jovem. Caso esta não adesão/desmotivação em relação ao encaminhamento do jovem para consultas CAD, provenha dos respetivos cuidadores, as equipas CPCJ ou das ATT, deverão solicitar o apoio das equipas locais especializadas nesta temática, com o objetivo de empreenderem possíveis estratégias de intervenção fundamentais à promoção do envolvimento e posterior colaboração dos mesmos.
- Em situações em que os adolescentes/jovens recusam a adesão ao ambulatório em CAD e que se entenda haver benefício para o mesmo de integração em CT, dever-se-á fazer previamente encaminhamento para

urgência hospitalar pediátrica para avaliação do padrão de comportamentos aditivos e confirmação da pertinência clínica, mediante decisão judicial.

- Os técnicos de saúde em CAD, que acompanham os adolescentes/jovens nas consultas, devem articular de forma regular e próxima com as CPCJ ou ATT, e, quando aplicável, com as equipas das respostas de acolhimento ou familiar, recomendando-se que sejam realizadas reuniões de articulação e discussão de casos, nomeadamente em relação a novos factos relevantes para o desenvolvimento dos mesmos, com regularidade bimestral ou trimestral, conforme o numero de casos encaminhados.
- Importa, para adesão e sucesso do acompanhamento em ambulatório dos adolescentes/jovens com comportamentos aditivos, a participação e envolvimento regular das famílias ao longo de todo o processo, nomeadamente na participação de algumas consultas. No caso das respostas acolhimento residencial ou familiar, este envolvimento deve ser igualmente assegurado pelas equipas responsáveis pela resposta, garantindo articulação com os técnicos de saúde e CPCJ ou ATT. A intervenção deve pautar-se por uma atitude sincera, disponibilidade e interesse em compreender o outro, por oposição a uma atitude de culpabilização e julgamento, já que é esse o ponto de partida para qualquer intervenção que tenha em vista uma efetiva mudança. Salienta-se a necessidade de conhecer as problemáticas essenciais identificadas pela família na situação do jovem, pois muitas vezes não são coincidentes com as que os técnicos identificam como prioritárias. Deste modo, devemos priorizar e orientar a intervenção para que faça sentido e seja significativa quer para o jovem quer para a sua família, com foco não só nos sintomas (comportamento aditivo) mas também nos fatores que contribuem para o comportamento aditivo. A intervenção de capacitação junto da família deve ser contruída de forma integrada pelas equipas intervenientes da área da saúde e do sistema de promoção e proteção.
- Os N(H)ACJR podem constituir-se como recursos importantes a serem alocados ao plano de intervenção definido, no âmbito da aplicação de medida de promoção e proteção.

2. Comunidade Terapêutica (CT)

- Em virtude da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo contemplar a possibilidade, desde que devidamente avaliada, de serem aplicadas Medidas de Promoção e Proteção de Acolhimento Residencial, com execução em estruturas residenciais para tratamento no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências, as equipas CPCJ ou das ATT terão como recurso disponível, as CT com programa específico para crianças e adolescentes/jovens.
- Apenas nas situações em que os adolescentes/jovens recusaram a adesão aos CAJ e ET (após faltas consecutivas às consultas), que se verifique situação de urgência e que as CPCJ/ATT entendam haver benefício na integração em CT, dever-se-á fazer previamente encaminhamento para urgência hospitalar

pediátrica/pedopsiquiátrica para avaliação do padrão de comportamentos aditivos e confirmação da pertinência do internamento em CT.

- O programa específico para crianças e adolescentes/jovens deverá disponibilizar intervenções combinadas e ajustadas às especificidades inerentes a esta faixa etária, bem como à eventualidade da coexistência de comorbilidade psiquiátrica. No que concerne ao limite mínimo de idade para entrada neste programa, deverá ser definido os 14 anos e como limite máximo, os 18 anos, conforme legalmente imposto;
- No que respeita à integração no acolhimento, a medida de acolhimento residencial é planeada ou, nas situações de emergência, urgente. A integração planeada pressupõe a preparação da integração na CT, mediante troca de informação relevante entre a entidade que aplica a medida, a entidade responsável pela gestão do PPP e a instituição responsável pelo acolhimento, tendo em vista a melhor proteção e promoção dos direitos do jovem a acolher.
- Uma integração planeada pressupõe que o jovem e respetivos cuidadores sejam concordantes com a medida protetiva aplicada de Acolhimento Residencial em CT, sendo que, para o efeito, o mesmo já terá sido avaliado por parte das equipas especializadas em CAD da sua área de residência. A informação proveniente desta avaliação, deverá ser disponibilizada à equipa de profissionais da CT selecionada e com vaga para acolher o jovem, em conjunto com a informação psicossocial elaborada pelas equipas CPCJ ou pelas ATT. É desejável que numa intervenção planeada, possa haver uma entrevista prévia entre o jovem e respetivos cuidadores com os profissionais da CT designada para o efeito, contando ainda com a colaboração dos elementos da CPCJ ou da ATT.
- Sempre que o jovem tenha de ser acolhido com carácter de urgência, e a avaliação por parte de equipas especializadas em CAD não tenha sido concretizada, o mesmo deverá ser avaliado por profissionais das equipas especializadas da CT onde o mesmo está acolhido. Nesta situação em concreto, deverá ficar espelhado no PPP do jovem, informações relativas às diligências que as CPCJ ou as ATT efetivaram, no sentido de tentar, que o mesmo fosse avaliado em sede ambulatório por parte das equipas especializadas em CAD da sua área de residência, previamente à sua integração em CT.
- Na medida em que a maioria das respostas de tratamento residencial na área dos CAD é disponibilizada por entidades privadas convencionadas com o Estado, e que as vagas disponíveis para integração nos diferentes programas existentes nas CT, nomeadamente para o programa específico para crianças e adolescentes/jovens, é feita através de uma gestão própria, deve este aspeto ser tido em consideração aquando do pedido de acolhimento.
- O número 2 da Cláusula III dos Contratos de Convenção estabelecidos entre o Estado, através do ICAD, e as entidades detentoras de Comunidade Terapêutica, determina que das camas em regime residencial objeto do Contrato de Convenção, 10% das mesmas deverão ser destinadas a cidadãos com CAD que se encontrem em cumprimento de medidas tutelares, de penas substitutivas de penas de prisão, bem como em internamento imposto em processo penal, de liberdade condicional ou de outras medidas flexibilizadoras

da pena de prisão. No caso das Comunidades Terapêuticas com Programa Específico para Crianças e Adolescentes/jovens, nos 10% de camas mencionadas deverão ser integrados adolescentes/jovens com Processo Judicial de Promoção e Proteção, ou seja, a correr termos nos TFM, bem como adolescentes/jovens com Processos a correr termos em CPCJ.

- A Medida de Promoção e Proteção executada em CT, deverá manter-se pelo tempo estritamente necessário à recuperação física e psicológica do jovem acolhido, afastando-o do perigo em que se encontra, promovendo a sua segurança, saúde e formação.
- Decorrente do modelo que tem vindo a ser adotado em outras áreas da saúde e que preconiza a especialização das respostas consoante os ciclos de vida e fases do desenvolvimento, recomenda-se que a integração dos adolescentes/jovens em CT possa ocorrer, preferencialmente, em unidades que disponham de um maior número de camas convencionadas no programa específico para crianças e adolescentes/jovens.
- Sempre que for aplicada uma Medida de Promoção e Proteção de Acolhimento Residencial, a ser executada em CT, perante novos factos relevantes que ocorram dentro da Comunidade e que interfiram com o desenvolvimento do jovem ou com o seu projeto de vida, a equipa técnica desta unidade de tratamento deverá, com a maior brevidade possível, prestar as informações sobre a situação ocorrida, à CPCJ ou à ATT, consoante a entidade detentora do PPP a favor do jovem. Este pressuposto permitirá ajustar a intervenção protetiva e, caso se justifique, reformular o plano de intervenção.
- O regulamento interno das CT deve conter, não só as especificidades inerentes às Medidas de Promoção e Proteção, como também os direitos dos adolescentes/jovens em situação de acolhimento residencial, contemplando ainda o direito das mesmas em contactar em condições de privacidade, o elemento gestor do processo de promoção e proteção, seja este pedido solicitado pelo jovem ou pelo gestor do processo.
- No que concerne aos financiamentos que possam ser atribuídos às CT, por parte dos Centros Distritais de Segurança Social, Casa Pia de Lisboa e Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, compete a cada uma das áreas setoriais envolvidas a emissão de orientações técnicas, para uniformizar procedimentos no sentido de não haver disparidades no financiamento às CT.
- A existência de Livro de Reclamações na Comunidade Terapêutica deverá ser divulgada ao jovem acolhido, aos seus pais/representante legal/detentores da guarda de facto. Caso seja registada uma reclamação no referido livro, a Comunidade Terapêutica, para além de enviar a mesma para a entidade competente, deverá dar conhecimento desta ao elemento da CPCJ ou da ATT, responsável pelo acompanhamento do processo de promoção e proteção.
- Enquanto o jovem se mantiver acolhido na CT deverá ser assegurado que este recebe o dinheiro de bolso, desde que este pressuposto não colida com o seu superior interesse, devendo este dinheiro ser entendido como ferramenta terapêutica, estando subjacente a necessidade de preparar o jovem para a sua autonomia e processo de reinserção. No entanto a gestão da bolsa pode ser feita de forma mais ou menos autónoma

pelo jovem, devendo ser avaliada pela equipa técnica da CT, com envolvimento do próprio, de acordo com a fase de integração/tratamento e da sua capacidade de autonomia. A bolsa visa a aquisição de produtos pessoais (higiene, roupa e outros), que cumpre suprir necessidades básicas do mesmo e por esse motivo não pode ser cessada enquanto se mantiver a sua integração em comunidade terapêutica. Aquando da saída do jovem da CT, todo o dinheiro que tenha sido eventualmente poupado, deverá ser entregue ao mesmo ou aos seus representantes legais.

- As respostas educativas/formativas para os adolescentes/jovens que se encontrem em acolhimento residencial em CT, deverão ser garantidas e ajustadas à fase do processo terapêutico em que os mesmos se encontram. Caso se considere que a frequência escolar do jovem em estabelecimento de ensino exterior à CT, possa ter eventuais contraindicações para a recuperação do mesmo, esta resposta de acolhimento deverá contemplar acesso ao ensino à distância, para que desta forma, não se comprometa o percurso de aprendizagem do respetivo jovem.

C – Saída/Reinserção:

- Nas situações em que os adolescentes/jovens realizem tratamento em ambulatório, e por forma a prevenir as situações de recaída, recomenda-se que exista, desde o início do acompanhamento terapêutico, um envolvimento dos elementos da rede social e de saúde, nomeadamente dos técnicos das CAJ, no sentido de preparação da reintegração comunitária e/ou social do mesmo. A implicação destes elementos significativos para a integração do jovem, deverá constar das ações vertidas no APP.
- Nas situações em que o jovem se encontre integrado em CT, a fase de saída do mesmo deverá estar contemplada no Plano de Intervenção desde o momento da sua entrada. Desta forma, o Plano de Intervenção, deverá incluir desde logo, ações que promovam o apoio a preconizar junto do jovem e/ou cuidadores no sentido da sua inserção nos domínios familiar, escolar, saúde, social e comunitário.
- Caso seja necessário que o jovem reintegre uma nova resposta de acolhimento, esta nova admissão deverá ser cuidadosamente preparada com a participação ativa dos agentes socioeducativos envolvidos, nomeadamente, elementos das CPCJ ou da ATT, bem como as equipas da CT, da nova resposta de acolhimento, e das equipas especializadas em CAD. O envolvimento e articulação destas equipas, permitirá que, em conjunto, se definam estratégias de intervenção concertadas, a implementar após a saída da resposta CT, em conformidade com o perfil de necessidades dos adolescentes/jovens e/ou respetivos cuidadores à data.
- Recomenda-se a articulação com respostas residenciais de transição (apartamentos de autonomização), implementadas em meio natural de vida, que permitam a continuidade da intervenção terapêutica nas CAJ para a consolidação do tratamento dos CAD e a transição mais segura e autónoma para a vida comunitária e/ou familiar.

- O processo de preparação da reinserção dos adolescentes/jovens, ou dos respetivos cuidadores, deverá contar com a participação e envolvimento dos próprios, tal como deverá acontecer, em todas as fases da sua recuperação terapêutica, seja em contexto ambulatorio, seja em resposta de acolhimento em CT.
- Quando da saída de um jovem da comunidade terapêutica, deverão ser salvaguardados os seguintes aspetos:
 - a. referenciação para a equipa de acompanhamento em ambulatorio da área de residência do jovem ou equipa de saúde mental, com agendamento de consulta em tempo útil;
 - b. ocupação educativa ou técnico profissional do jovem no seu contexto residencial;
 - c. no caso de regresso ao contexto familiar, a preparação da família para a reintegração familiar do jovem deve ser assegurado pelas CAJ, em articulação com recursos da comunidade que considerarem pertinentes.
 - d. ativação de outros recursos protetores na comunidade, de prevenção da recaída (exemplo: recursos formativos, integração profissional, integração de prática desportiva, etc);
 - e. Durante a última fase do internamento, a CT deverá iniciar um processo de aproximação do jovem às equipas especializadas em CAD da zona de residência, para acolhimento e acompanhamento do jovem após a alta.
- Mesmo após o término do programa terapêutico previsto em CT, deverão os adolescentes/jovens manter-se no sistema de promoção e proteção com medida protetiva adequada à situação em apreço à data, a fim de se apoiar/avaliar esta fase de transição, ativando-se os recursos necessários ao sucesso da mesma, evitando-se desta forma, eventuais processos de recaída.

D. Planos de intervenção:

- Após avaliação, e sempre que seja deliberada pela entidade detentora do PPP, a aplicação de Medida protetiva a executar em meio natural de vida ou em regime de colocação, o APP subjacente à mesma, deverá ser construído com os contributos dos elementos que irão intervir diretamente com o jovem, incluindo o próprio e a sua família, os técnicos das equipas especializadas em CAD, o gestor do processo e quaisquer outros intervenientes que se considerem importantes. Pretende-se garantir que fique vertido no APP, o conjunto de ações adequadas à supressão dos fatores de perigo aferidos na avaliação diagnóstica, bem como nos momentos avaliativos subsequentes.
- No APP estabelecido pelas CPCJ ou TFM, deverão constar por escrito todas as necessidades de intervenção verificadas no contexto do jovem, devendo ainda explicitar todas as entidades que serão implicadas nos domínios da saúde, da educação e da vertente social, bem como todos os compromissos assumidos pelo jovem e seus cuidadores. No APP relativo às medidas de colocação, deverá ainda constar o montante da

prestação correspondente aos gastos com o sustento, educação e saúde do jovem e a identificação dos responsáveis pelo pagamento (ex. familiares, Ministério da Saúde, ISS IP, etc).

- Ainda no âmbito do APP e considerando que o mesmo será um instrumento crucial para a recuperação do jovem, deverão constar ações que visem contribuir para a construção dos demais planos que possam ser elaborados pelas equipas especializadas em CAD que acompanhem o mesmo.
- Durante o período em que o jovem se mantiver integrado em CT, ao abrigo de Medida de Promoção e Proteção, e pese embora o direito que assiste ao jovem de receber visitas dos seus cuidadores, estes contactos e a sua operacionalização deverão ter em consideração a fase do processo terapêutico em que o jovem se encontra, ajustando-se no decurso da sua progressão no tratamento.
- Enquanto vigorar a Medida, o regime de visitas ou saídas do jovem da CT, deverá ser previamente acautelado pela entidade detentora do processo de promoção e proteção e expresso no APP. O regime de visitas e suas eventuais alterações, deverá ser delineado entre a entidade detentora do PPP e a equipa técnica da CT, antes ser inscrito no Acordo de Promoção e Proteção, por forma a contemplar a relação do jovem com a família/elementos significativos e o seu processo terapêutico.
- Por forma a potenciar a intervenção realizada junto dos adolescentes/jovens acolhidos em CT, promovendo a recuperação da saúde dos mesmos face aos CAD, deverá ser fomentada a participação e envolvimento dos cuidadores e/ou pessoas significativas no processo terapêutico deste, desde que não haja decisão tomada em sentido contrário por parte da entidade titular do PPP. Caso seja avaliado pelas equipas que os contactos com os cuidadores ou com pessoas significativas são promotores da desorganização e consequente não adesão ao tratamento, essa informação deverá ser comunicada ao elemento gestor do Processo, solicitando a suspensão temporária dos contactos, com a devida fundamentação.
- Nos casos em que o jovem abandone a CT sem autorização das entidades que aplicaram a Medida de Acolhimento Residencial, a equipa técnica da Comunidade deverá, de imediato, participar o seu desaparecimento às forças de segurança e em ato contínuo, dar conhecimento da ocorrência aos elementos que acompanham a execução da medida protetiva, bem como aos cuidadores do mesmo, mencionando todas as informações relevantes sobre o seu eventual paradeiro e motivos que desencadearam a fuga.
- A expulsão do jovem com medida protetiva de colação em CT não é permitida, em circunstância alguma, tendo em conta o enquadramento da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. Caso a equipa técnica da CT considere que a integração em CT não está a cumprir o seu propósito na contenção dos comportamentos aditivos e reabilitação terapêutica do jovem, deverá articular com técnico gestor de processo e propor, de forma fundamentada, a alteração da medida protetiva, ou os termos em que a mesma é executada. A saída do jovem só poderá ocorrer após validação judicial ou consentimento da CPCJ.
- Na medida em que a gestão de vagas das CT é feita de forma própria, e tendo em consideração o mecanismo de comparticipação destas, no caso de fuga prolongada por parte do jovem acolhido, a vaga não deverá ficar cativa por tempo indeterminado.

- Em casos devidamente fundamentados e em situações excepcionais, poderá a CT onde o jovem está acolhido, propor à entidade detentora do PPP, que possa haver alteração de local de execução da medida, nomeadamente quando se reúne evidencia de que o programa terapêutico e/ou dinâmica da CT não se adequa às necessidades atuais do jovem.

Formação:

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

Referências bibliográficas

American Psychiatric Association (APA) (2013): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5).

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal.

Declaração Universal sobre Bioética e de Direitos Humanos -UNESCO, 2005.

Deegan, P. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal

EMCDDA (2011). “European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals. Luxembourg: Publications Office of the European Union. EMCDDA Manuals No 7.

Guia de Orientações para Profissionais da Educação na Abordagem de Situações de Maus-Tratos ou Outras Situações de Perigo, in https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EPIPSE/_guias_guia_educacao.pdf, acedido em 21 de dezembro de 2020.

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

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

Linhas Gerais de Orientação à Intervenção Preventiva nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, SICAD (2013)

Linhas de Orientação Técnica para a Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências sem Substância, SICAD (2018).

Linhas orientadoras para a mediação social e comunitária no âmbito da reinserção de pessoas com comportamentos aditivos e dependências, SICAD (2014)

Linhas Orientadoras para as Consultas de Adolescentes e Jovens no âmbito dos CAD, ICAD, I.P., 2025.

Maia C et al. – Consumo de substâncias no adolescente, Ata Pediatr Port (2010).

Manual de Boas Práticas em Reinserção (1º Caderno), SICAD (2007)

Oliveira M. 2005, Entrevista psicológica - O caminho para aceder ao outro.

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

Rede de Referência / Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências (ICAD, I.P., 2025).

SICAD (2013). Linhas Gerais de Orientação à Intervenção Preventiva nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

Site da Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Adolescentes/jovens: <https://www.cnpdpcj.gov.pt/inicio>, acedido a 12 de dezembro de 2022.

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

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

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

Links úteis

- Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco e Equipas de Prevenção da Violência em Adultos: <https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/04/Lista-Contactos-Equipas-PNPVCV-externa....>
- Interlocutores distritais ISS, IP:
- Interlocutores SCML: <https://scml.pt/acao-social/infancia-e-juventude/assessoria-tecnica-ao-tribunal/>
- Consultas de adolescentes/jovens em CAD:
- Estruturas do ICAD, IP: <https://www.icad.pt/SupportStructure/Index/26?languageId=0>,

Lista de siglas e abreviaturas

SIGLA	DESIGNAÇÃO
ATT	Assessoria Técnica aos Tribunais
APP	Acordo de Promoção e Proteção
CAJ	Consultas de Adolescentes e Jovens
CAR	Casas de Acolhimento Residencial
CAD	Comportamentos Aditivos e Dependências
CPCJ	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CPL, I.P.	Casa Pia de Lisboa, I.P.
CRI	Centro de Respostas Integradas
CT	Comunidades Terapêuticas
ECMIJ	Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude
EP	Equipas de Prevenção
ET	Equipa de Tratamento
ETEP	Equipas Técnicas Especializadas em Prevenção
ETER	Equipas Técnicas Especializadas em Reinserção
ETERRMD	Equipas Técnicas Especializadas em Redução de Riscos e Minimização de Danos
ETET	Equipas Técnicas Especializadas em Tratamento
ICAD, I.p	Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, Instituto Público
IPDJ	Instituto Português do Desporto e da Juventude
ISS, I.P.	Instituto de Segurança Social, Instituto Público
LPCJP	Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo
MIR	Modelo de Intervenção em Reinserção
MPP	Medidas de Promoção e Proteção
N(H)ACJR	Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
OEDT	Observatório Europeu das Drogas e da Toxicodependência
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPP	Processo de Promoção e Proteção
RRACAD	Rede de Referência/Articulação no âmbito dos CAD
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SPA	Substância Psicoativa
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação Ciência e Cultura