



MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E JOVENS

Intervenção da Saúde

DOCUMENTO TÉCNICO

Direcção-Geral da Saúde

Novembro 2008

Em cumprimento do Despacho do Senhor Ministro da Saúde, de 16/01/2006, este documento foi elaborado no âmbito da acção do Grupo de Trabalho sobre Crianças e Jovens em Risco, da Direcção-Geral da Saúde.

Equipa redactorial:

Ana Jorge
Ana Leça
Ana Perdigão
Ana Rita Laranjeira
Bárbara Menezes
M.^a José Lobo Fernandes
Vasco Prazeres (*coordenador*)

Com a colaboração de:

Ana Ferrão, Armando Leandro, Carlos Figueiredo, Gonçalo Cordeiro Ferreira, Jeni Canha, Júlio Bilhota Xavier, Teresa Caldas de Almeida e Teresa Magalhães

E o Apoio de:

Alto Comissariado da Saúde, Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, Instituto de Apoio à Criança, Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco e Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Lisboa, Outubro de 2007

Nota: o conteúdo do presente documento pode não reflectir, na íntegra, as opiniões de cada um dos elementos que contribuíram para a sua elaboração.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 4 |
| I. OS MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E JOVENS | 7 |
| Conceitos | 7 |
| Dimensão e determinantes do fenómeno | 10 |
| A. Aspectos do contexto social e cultural | 11 |
| B. Aspectos da dinâmica familiar e institucional | 11 |
| C. Aspectos ligados aos pais ou a quem tenha a guarda de facto | 12 |
| D. Aspectos ligados à criança/jovem | 12 |
| Indicadores e caracterização dos maus tratos | 14 |
| A. Negligência | 14 |
| B. Mau trato físico | 15 |
| C. Abuso sexual | 15 |
| D. Mau trato psicológico (Abuso emocional) | 17 |
| E. Síndrome de Munchausen por Procuração | 18 |
| II. PROCEDIMENTOS E PROTOCOLOS DE INTERVENÇÃO | 19 |
| Responsabilidades dos Serviços de Saúde | 19 |
| O processo de detecção, acompanhamento e sinalização de situações de risco/perigo no âmbito dos serviços de saúde | 20 |
| Envolvimento dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco | 23 |
| Avaliação, Diagnóstico e Intervenção em situações de maus tratos | 23 |
| Acompanhamento continuado | 34 |
| Intervenção das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens e dos Tribunais | 35 |
| Procedimentos em situações de urgência | 38 |
| Outros apoios em situações de urgência | 39 |
| BIBLIOGRAFIA | 40 |
| ANEXOS | 43 |

INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO DOMÍNIO DOS MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E JOVENS

Introdução

Ao longo dos anos, a promoção dos direitos e a protecção das crianças e jovens em risco tem vindo a colocar novos desafios no que respeita à intervenção dos serviços de saúde, no domínio dos maus tratos. A verdadeira dimensão do fenómeno, nas suas várias formas de expressão, não é conhecida. Contudo, os esforços de investigação, levados a cabo através de uma diversidade de iniciativas, à escala internacional, nacional, ou local, permitem, já, documentar o facto de se tratar de um problema de saúde grave que afecta uma larga parcela da população nas primeiras décadas da vida. O impacto negativo nos indivíduos pode dizer respeito aos domínios do bem-estar físico, psicológico, comportamental, sexual, reprodutivo ou social, cujos efeitos podem persistir nas fases subsequentes do ciclo vital.

Actualmente, em Portugal, a acção da Saúde neste domínio enquadra-se num contexto de responsabilidades partilhadas pelos diferentes actores da comunidade, conforme consagrado na Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo¹ (Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro).

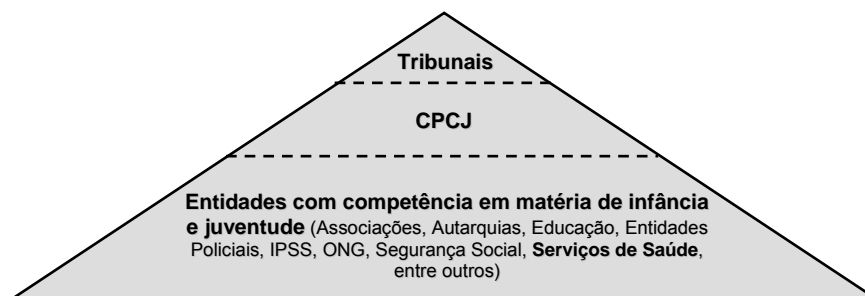
De acordo com esta, a intervenção processa-se segundo um modelo que estabelece três níveis de acção (Figura I):

- no **primeiro nível**, é atribuída legitimidade às entidades com competência na área da infância e juventude - ou seja, as que têm acção privilegiada em domínios como os da saúde, educação, formação profissional, ocupação dos tempos livres, entre outros - para intervir na promoção dos direitos e na protecção das crianças e dos jovens, em geral, e das que se encontrem em situação de risco ou perigo;

¹ Para efeitos da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, considera-se criança ou jovem a pessoa com menos de 18 anos ou com menos de 21 anos que solicite a continuação da intervenção iniciada antes de atingir os 18 anos.

- no **segundo nível**, quando não seja possível às entidades acima mencionadas actuar de forma adequada e suficiente para remover o perigo, toma lugar a acção das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), nas quais a Saúde, participa também;
- no **terceiro nível**, é à intervenção judicial, que se pretende residual, que cabe o protagonismo na protecção de crianças e jovens em perigo.

FIGURA I: NÍVEIS DE INTERVENÇÃO



Nesse contexto, a acção dos Serviços de Saúde adquire relevo particular, enquanto instâncias de primeiro nível. No âmbito das competências específicas que lhes estão atribuídas, e mediante o enquadramento conferido pela Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro, os Centros de Saúde (CS) e os Hospitais têm prioridade na intervenção junto de crianças e jovens, face às CPCJ e aos Tribunais, que apenas devem ser chamados a intervir quando não for possível aos primeiros remover o perigo – após terem sido esgotados todos os meios ao seu alcance, e os das outras entidades do mesmo nível de competências, cumprindo-se, assim, o chamado **Princípio da Subsidiariedade**.

Os Serviços de Saúde têm, portanto, legitimidade para intervir na protecção da criança ou jovem, com base no consentimento e na não oposição por parte de quem tem de o expressar, tal como se exige para as CPCJ; não têm, contudo, legitimidade para aplicar as medidas de promoção/protecção² em favor dos menores, já que essas são da competência exclusiva das CPCJ e dos Tribunais (ver *Intervenção das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens e Tribunais*, pag. 35).

A fim de que, no âmbito das suas competências, a acção dos Serviços de Saúde se torne mais efectiva nesta matéria, há necessidade, portanto, de melhorar a aplicação dos mecanismos de prevenção da ocorrência dos maus tratos, da detecção precoce das situações de risco e de perigo, do acompanhamento e prestação de cuidados e da sinalização e/ou encaminhamento de casos para outros serviços, no âmbito de uma eficiente articulação funcional.

Para que tal se concretize, é necessário adequar os modelos organizativos dos serviços, incrementar a preparação técnica dos profissionais, adequar os mecanismos concertados de resposta e promover a circulação atempada de informação pertinente. Nesta perspectiva, os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), nos CS, e os Núcleos Hospitalares

² Entende-se por “medida de promoção dos direitos e de protecção” a providência adoptada pelas CPCJ ou pelos Tribunais para proteger a criança e o jovem em perigo (art. 5.º da Lei n.º 147/99), sendo a mesma suportada no Acordo.

de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) nos Hospitais com atendimento pediátrico constituem um recurso incontornável no desenvolvimento do processo.

Os elementos dos Núcleos, independentemente da carreira profissional ou especialidade de origem, devem reunir as seguintes características:

- Serem conhecedores do contexto sócio-cultural em que intervêm e dos recursos comunitários disponíveis;
- Estarem motivados e capacitados para a intervenção junto de crianças e jovens, em particular, nos contextos de risco, terem formação e/ou experiência de trabalho nas áreas do desenvolvimento infantil e juvenil, assim como na dos maus tratos;
- Saberem utilizar os mecanismos legais e os protocolos instituídos acerca desta matéria, nomeadamente os procedimentos da sinalização e da complementaridade funcional entre as diversas estruturas que intervêm em situações de risco.

Para o cabal desempenho das funções dos Núcleos, há que valorizá-las devidamente no planeamento das actividades dos profissionais e da oferta de serviços do CS e do Hospital, assim como assegurar as condições indispensáveis ao respectivo exercício, de acordo com os princípios orientadores da acção neste domínio.

Assim:

- Às funções desempenhadas no Núcleo deve ser atribuído valor curricular, no contexto das diferentes carreiras profissionais envolvidas;
- Há que disponibilizar aos membros do Núcleo um número de horas semanal compatível com o trabalho desenvolvido, que permita a estruturação das acções e a gestão dos casos acompanhados, directa ou indirectamente;
- Dadas as especificidades da missão, nomeadamente em questões relacionadas com privacidade e confidencialidade, é necessário assegurar à equipa pluridisciplinar condições de trabalho de molde a:
 - Funcionar em local próprio, que permita:
 - A actividade regular da equipa.
 - O atendimento personalizado nas condições de privacidade exigidas;

Dispor de meios informáticos e de arquivo, utilizando os sistemas de informação disponíveis e no estrito cumprimento da protecção de dados pessoais, de acordo com a legislação em vigor.

Nesse sentido, o presente documento aborda os aspectos pragmáticos mais relevantes da intervenção dos profissionais da saúde no âmbito das Crianças e Jovens em Risco. Na primeira parte, são tratadas as diferentes dimensões da caracterização do fenómeno, nomeadamente, o conceito, os dados epidemiológicos, as determinantes, os indicadores e as características clínicas do mesmo. Na segunda parte, são abordados os procedimentos e os protocolos de intervenção a empregar, quer nos CS, quer nos Hospitais.

I. Os maus tratos em crianças e jovens

Conceitos

MAUS TRATOS

Os *maus tratos* constituem um fenómeno complexo e multifacetado que se desenrola de forma dramática ou insidiosa, em particular nas crianças e nos jovens, mas sempre com repercussões negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade dos indivíduos. Pode causar sequelas físicas (nerológicas e outras), cognitivas, afectivas e sociais, irreversíveis, a médio e longo prazo ou, mesmo, provocar a morte.

Devido ao facto de poder apresentar contornos difusos, é difícil o estabelecimento de um critério único que permita definir de modo consensual esta entidade. Acresce, ainda, que, não sendo consensual, o conceito de maus tratos adquire significados distintos em função das dinâmicas culturais e especificidades grupais. Contudo, os direitos das crianças e dos jovens, conforme estabelecidos na sociedade actual, exigem padrões de resposta que assegurem a preservação dos mesmos.

De acordo com Teresa Magalhães *in* Maus Tratos em Crianças e Jovens (2004), os **maus tratos** dizem respeito a “qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder” (p. 33).

Assim, os maus tratos físicos, psíquicos e sociais constituem uma entidade clínica que afecta a criança ou jovem que deles é vítima, por acção ou omissão das pessoas que têm de cuidá-la, daquelas com quem convive habitualmente e da comunidade em geral.

Nesta medida, poder-se-á afirmar que o fenómeno da **criança maltratada** corresponde, em sentido lato, a um **problema de saúde pública**³ que consubstancia, regra geral, uma forma de “hereditariedade social”. Se nada se fizer para o evitar, o fenómeno da violência tende a repercutir-se numa mesma fratria e a reproduzir-se de geração para geração.

RISCO E PERIGO

O conceito de **risco** de ocorrência de maus tratos em crianças e jovens é mais amplo e abrangente do que o de situações de **perigo** definidas na Lei ([Quadro I](#)), podendo ser difícil a demarcação entre ambos. As situações de risco dizem respeito ao perigo potencial para a efectivação dos direitos da criança, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento. Entende-se que a evolução negativa dos contextos de risco condiciona, na maior parte dos casos, o surgimento das situações de perigo.

³ Enquanto entidade clínica, os maus tratos são considerados na Classificação Internacional das Doenças (CID-CM, 9ª revisão, Organização Mundial de Saúde).

É a diferença entre situações de risco e de perigo que determina os vários níveis de responsabilidade e legitimidade na intervenção, em cada um dos dois tipos de casos.

Nas situações de risco, a legitimidade da intervenção circunscreve-se aos esforços para superação do mesmo, tendo em vista evitar o eclodir do perigo, através de políticas, estratégias e acções integradas dirigidas à população, em geral, ou específicas para crianças e jovens em situações familiares, habitacionais, ambientais, escolares, sanitárias, sociais, culturais e económicas que, pela sua precariedade, criem condições de especial vulnerabilidade.

O actual sistema de protecção focaliza a acção nas situações de perigo, dado que nem todas as formas de risco legitimam a intervenção do Estado e da Sociedade na vida, na autonomia e família da criança ou do jovem. Limita-se, assim, às situações que envolvam perigo para a segurança, saúde, formação, educação e/ou desenvolvimento da criança ou jovem, conforme o art. 3.º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro e exposição de motivos da mesma [\(Anexo XI, \[8 \]\)](#).

Desta forma, a acção dos Serviços de Saúde, para além da detecção de contextos e factores de risco, do reforço de factores protectores e da intervenção atempada, desenvolve-se, também, no âmbito da prevenção e reparação das situações em que há presença de perigo.

QUADRO I: SITUAÇÕES DE PERIGO PARA A CRIANÇA OU JOVEM

As situações de perigo para a criança ou jovem encontram-se tipificadas no n.º 2 do art. 3.º da Lei 147/99:

- a) Estar abandonada ou viver entregue a si própria;
- b) Sofrer maus tratos físicos ou psíquicos ou ser vítima de abusos sexuais;
- c) Não receber os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- d) Ser obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- e) Estar sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- f) Assumir comportamentos ou entregar-se a actividades ou consumos que afectem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhe oponham de modo adequado a remover essa situação.

Contudo, tendo em conta o carácter exemplificativo deste articulado, outros casos não especificados cabem igualmente no grupo das "situações de perigo".

FACTORES DE RISCO E DE PROTECÇÃO

Os **factores de risco** dizem respeito a qualquer tipo de influências que aumentem a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus tratos. Representam variáveis físicas, psicológicas e sociais que podem potenciar, no meio em que ocorrem, alterações impeditivas do adequado desenvolvimento e socialização das crianças e dos jovens.

Tais factores podem funcionar como indicadores inespecíficos, frequentemente associados entre si, não podendo, contudo, ser considerados *causa* directa de aparecimento ou persistência do fenómeno (Anexo I).

A presença isolada dos mesmos pode não consubstanciar risco, pelo que a **avaliação das situações deverá atender ao contexto global, devendo imperar uma ponderação criteriosa e o bom senso dos profissionais ou equipa.**

Neste processo, é incontornável a necessidade de se procurar identificar, sempre, outros elementos que, ao invés, actuem como factores protectores (Anexo I), os quais devem ser equacionados no processo avaliativo.

Entende-se por **factores de protecção** as variáveis físicas, psicológicas e sociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e que podem actuar como moderadores dos factores de risco, controlando ou evitando o respectivo impacte (Anexo I).

Quando os factores de protecção conseguem equilibrar ou anular os de risco, é menor a possibilidade de ocorrer uma situação crítica. Assim, algumas características individuais poderão representar protecção contra maus tratos, como, por exemplo, uma boa auto-estima, o desejo de autonomia ou a capacidade de pedir ajuda, quando necessário; na esfera relacional, uma forte vinculação construída com um dos progenitores (pelo menos), ou uma relação afectiva securizante estabelecida com um adulto significativo podem igualmente ser protectoras; a um nível mais alargado, o acesso a recursos adequados na comunidade – meio escolar integrador, apoio social disponível, grupos formais e informais de pares, etc. – pode constituir um amortecedor desejável face à perigosidade de outros elementos.

Existe, ainda, um conjunto vasto de factores que, conforme os indivíduos, as circunstâncias e a forma equilibrada ou desequilibrada como se desenvolvem, contribuem positiva ou negativamente para minorar o risco, apesar de poderem ser considerados *neutros*, em si mesmos. Por exemplo, uma experiência traumática vivida previamente, tanto pode representar, em alguns casos, uma vulnerabilidade acrescida como, noutros, significar um ganho de experiência que possa permitir ultrapassar a situação com menor dano.

SITUAÇÃO DE URGÊNCIA

Entende-se por **situação de urgência** a situação de perigo, actual ou eminente, para a vida ou integridade física da criança ou do jovem (alínea c) do art. 5.º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro (Anexo XI, [8]).

Neste caso, qualquer entidade do primeiro e do segundo nível pode tomar as medidas adequadas para assegurar a protecção imediata da criança e do jovem, devendo solicitar a intervenção do tribunal ou das entidades policiais (ver *Procedimentos em situação de urgência*, pag. 38).

Dimensão e determinantes do fenómeno

Os maus tratos adquirem expressão a nível mundial; a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, estimou em cerca de 30 mil os óbitos ocorridos por homicídio em crianças com menos de 15 anos. Contudo, apenas uma pequena parcela de situações de maus tratos é denunciada e investigada. A complexidade do fenómeno, aliada à inexistência ou insipiência de sistemas de registo, contribuem para a dificuldade em estabelecer, com alguma fiabilidade, a dimensão do mesmo. São inúmeros os constrangimentos de ordem social, ética e metodológica; para além de se tratar de um problema, regra geral, circunscrito à esfera privada, e como tal de difícil diagnóstico, persistem ainda alguns valores sociais e culturais que toleram (e aceitam) formas de violência enquanto estratégias educativas.

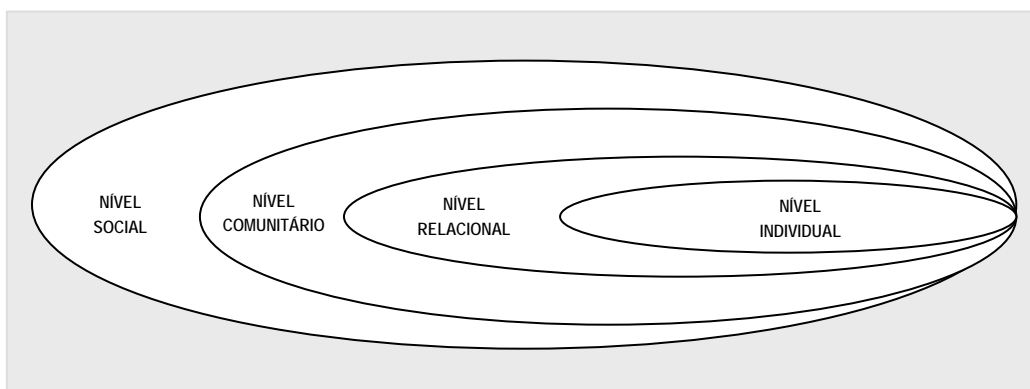
São de realçar algumas iniciativas meritórias que, não obstante o seu carácter pontual e exploratório, permitiram constatar, na sociedade portuguesa, a elevada magnitude e diversidade na expressão e forma do problema. A título de exemplo refiram-se os relatórios do Centro de Estudos Judiciários sobre "Crianças maltratadas, negligenciadas ou praticando a mendicidade" (1986,1988), da Direcção-Geral da Saúde (DGS) sobre "Abuso sexual em crianças e adolescentes" (1998) e o estudo coordenado por Ana Nunes de Almeida sobre "Famílias e Maus Tratos às Crianças em Portugal" (1999).

Actualmente, as CPCJ, no âmbito da sua acção, têm já sistemas de registo que permitem, em certa medida, avaliar a dimensão e caracterizar o fenómeno. Contudo, ficam por identificar, para além das situações não diagnosticadas, todas aquelas em que a intervenção das instituições com responsabilidades no primeiro nível (nomeadamente, os serviços de saúde) é adequada e suficiente para remover o perigo.

As causas da violência no contexto familiar, em particular, as situações de maus tratos a crianças e jovens, adquirem múltiplas formas de expressão, pelo que a efectividade da acção depende da capacidade de entender o fenómeno, ponderar os aspectos do contexto social, económico e cultural, as práticas e recursos comunitários, as dinâmicas familiares e os perfis individuais e de intervir a diversos níveis.

Neste perspectiva, a OMS adoptou, em 2002, um "modelo ecológico" que permite a interpretação do fenómeno dos maus tratos enquanto realidade multifacetada que se expressa a diferentes níveis da vida dos cidadãos, conforme se representa na [Figura II](#).

FIGURA II: MODELO ECOLÓGICO PARA A INTERPRETAÇÃO DOS MAUS TRATOS



Adaptado de: Krug EG et al. (Eds.) (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva. World Health Organization

A. Aspectos do contexto social e cultural

A intervenção dos Serviços de Saúde neste domínio deve pautar-se por abordagens que integrem os aspectos culturais, sociais, económicos e legais que determinam, enquanto factores de risco ou de protecção, a expressão dos maus tratos.

De todo o modo, e em quaisquer circunstâncias, lidar com este fenómeno implica tomar como referencial o facto de crianças e jovens serem sujeitos titulares de direitos e não meros objectos do direito.

Algumas representações sociais sobre o papel da criança/jovem na família e na sociedade contribuem para potenciar o risco, nomeadamente:

- Aceitação da violência como forma de disputa interpessoal;
- Exaltação mediática da violência;
- Tolerância social para a educação através da punição física;
- Escassez na efectividade dos mecanismos de punição da violência intra familiar;
- Persistência dos papéis tradicionais de género, nomeadamente, a masculinidade associada ao exercício do poder e a feminilidade à responsabilidade do cuidar.

Na ponderação destes aspectos, para além de fenómenos conjunturais específicos, importa, ainda, ter em especial atenção o enquadramento social e os valores culturais da comunidade em que a criança ou jovem está inserido, nomeadamente:

- Contextos sociais problemáticos (carências económicas e habitacionais que constituem obstáculo ao exercício de condutas não violentas, em particular no exercício da parentalidade);
- Barreiras ao exercício pleno da cidadania resultantes, nomeadamente, de pobreza, fenómenos migratórios, alienação cultural, isolamento e conflitualidade social.

B. Aspectos da dinâmica familiar e institucional

No que respeita às vivências em contexto familiar ou institucional, os percursos de vida e ocorrências diversas podem constituir focos de tensão que propiciam eventuais situações de maus tratos (sem que necessariamente o determinem).

No âmbito do quadro familiar e institucional, é de considerar estar-se em presença de factores de risco quando ocorrem as seguintes situações:

- Vinculação insegura, problemas de comunicação *e/ou deficit* no exercício das responsabilidades parentais;
- Existência de elementos da família com vulnerabilidades particulares - situação de dependência, exclusão social, desemprego, precariedade laboral, alcoolismo e outras toxicodependências, doença mental, crianças com deficiência ou doença crónica, etc.;
- *Deficit* de apoio social, económico e psicológico ou agregados pouco permeáveis à intervenção, quando desejável;

- Fragilidade estrutural e disfuncionalidades na dinâmica familiar – relações instáveis, famílias numerosas em contextos desfavoráveis, violência doméstica, gravidez não desejada, fratria de origem diversa, mudança frequente de residência, migração, episódios de crise como morte, detenção, separação ou divórcio;
- Crianças e jovens desprovidas de meio familiar e que, por decisão negociada (CPCJ) ou decisão judicial, se encontram institucionalizadas;
- Vivências escolares pautadas por diversas formas de violência, nomeadamente o *bullying*.

C. Aspectos ligados aos pais ou a quem tenha a guarda de facto

Além dos aspectos sociais genéricos, da coesão e funcionalidade familiar – e em interacção com estes – existe um conjunto numeroso de factores de ordem pessoal, no que respeita aos pais ou a quem detém a guarda de facto⁴ das crianças e jovens, que podem estar associados à ocorrência de maus tratos, nomeadamente:

- Perturbações no processo de vinculação com a criança/jovem;
- Abuso de substâncias, nomeadamente, alcoolismo e toxicodependências;
- Perturbação da saúde mental ou física (diversos *handicaps*);
- Antecedentes de *comportamento desviante*;
- Dificuldade em lidar com as frustrações, vulnerabilidade ao stresse, baixa auto-estima e perturbações emocionais e deficit de auto-controlo, personalidade imatura e impulsiva;
- Antecedentes de vivência pessoal de maus tratos;
- Parentalidade em idade muito jovem;
- Gravidezes muito próximas e/ou gravidezes não vigiadas;
- Inexperiência e falta de conhecimentos básicos sobre o processo de desenvolvimento da criança;
- Padrões de vida que dificultem ou comprometam o exercício da parentalidade.

D. Aspectos ligados à criança/jovem

No que diz respeito às próprias crianças e jovens, alguns aspectos específicos que lhes são particulares podem constituir factores de risco para a ocorrência de maus tratos:

- Vulnerabilidades particulares no que respeita à idade e necessidades;
- Traços de personalidade e temperamento que conflituem com as expectativas dos pais/responsáveis;

⁴ A lei define **guarda de facto** como a relação que se estabelece entre a criança ou o jovem e a pessoa que com ele vem assumindo, continuamente, as funções essenciais próprias de quem tem responsabilidades parentais, conforme art. 5.º alínea b) da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro. Por outro lado, de acordo com o mesmo diploma, entende-se por **guarda ocasional**, as situações em que a criança viva com uma pessoa que não detenha o poder paternal, não seja o seu representante legal, nem desempenhe de forma continuada as funções de quem tem responsabilidades parentais.

A lei coloca numa posição equiparada à dos pais, ou representantes legais, quem tem a guarda de facto da criança, reconhecendo-lhe um estatuto idêntico e com uma posição activa em todo o processo (por exemplo, prestar consentimento), situação que não sucede a quem tem uma guarda ocasional.

- Prematuridade e baixo peso ao nascer (mais frágeis, menos alerta, mais difíceis de calar);
- Crianças com *handicap* e portadoras de necessidades de saúde especiais;
- Sexo da criança ou jovem (em particular, quando não corresponde às expectativas familiares).

Indicadores e caracterização dos maus tratos

INDICADORES

Na grande maioria, os **sinais** e **sintomas** que representam os designados “sinais de alarme” de maus tratos não são patognomónicos de um determinado tipo de maus tratos. Assim, devem ser encarados só como indicadores da *possibilidade* de existência de uma situação deste tipo (Anexo II).

As listas de sinais ou sintomas de maus tratos, por mais exaustivas que se apresentem, não esgotam os indicadores possíveis do fenómeno. Desta forma, constituem, apenas, uma orientação para o diagnóstico. Em consequência, no estudo de cada caso, afigura-se necessário investigar a presença de vários sinais, em simultâneo, assim como verificar a congruência das justificações apresentadas para que a situação tenha ocorrido.

Alguns aspectos contribuem para a dificuldade de identificar e caracterizar com rigor os maus tratos. Nesta perspectiva, para melhor entender o que se passa e poder intervir, quando necessário, torna-se mandatário efectuar, entre outros procedimentos, uma *leitura* da relação e do vínculo estabelecido entre a criança ou jovem e quem dele cuida.

Em presença de uma situação de risco ou de perigo, consoante o tipo e a gravidade da matéria em questão, terão lugar diferentes tipos de procedimentos, a aplicar isolada ou conjuntamente (ver *O processo de detecção, acompanhamento e sinalização de situações de risco/perigo no âmbito dos serviços de saúde*, pag.20).

CARACTERIZAÇÃO

Embora exista uma multiplicidade de situações que consubstanciam a prática de maus tratos, aliada à diversidade de formas clínicas que é possível constatar, o fenómeno pode ser classificado em diferentes tipos, nomeadamente: *negligência, mau trato físico, abuso sexual, mau trato psicológico e síndrome de Munchausen por procuração* (Anexo II).

A. Negligência

Entende-se por **negligência** a incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação das necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, afecto e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais. Este tipo de maus tratos que, regra geral, é continuado no tempo, pode manifestar-se de forma “activa”, em que existe intenção de causar dano à vítima, ou “passiva”, quando tem origem na incompetência ou incapacidade dos pais ou outros responsáveis cumprirem esse desiderato.

A negligência pode assumir diversas formas: ser do domínio físico, psicoafectivo, educativo e escolar, tratar-se de abandono temporário ou permanente, consubstanciar mendicidade, etc. (Anexo III).

A nível dos CS, em particular, existem formas de negligência que podem ser detectadas através de sinais ligados à não prestação de cuidados de saúde adequados; por exemplo, não cumprir persistentemente o Programa Nacional de Vacinação, não comparecer às consultas programadas, ou fazê-lo com atraso recorrente, ou, ainda, não procurar ou prestar cuidados de saúde de forma atempada quando necessários, em situação de doença ou de acidente.

Ainda nos CS, a nível de consultas ou visitação domiciliária,   possível detectar negligência em crianças ou jovens com sinais de desnutri o ou de maus cuidados de higiene persistente como no caso de eritema das fraldas recorrente, sujidade acentuada, múltiplas picadas de insecto, etc.

Há que realçar, contudo, que   imprescindível atender ao contexto de vida em que as evidências são observadas, uma vez que os sinais podem não ser resultante directa de uma carência na rela o entre cuidadores e criança ou jovem mas, antes, terem origem na precariedade do contexto familiar, social e/ou econ mico em que a criança vive. Para responder ao problema, a estratégia a seguir pelos serviços terá que ser desenhada de acordo com essa pondera o.

Os efeitos da negligência dependem, também, da idade da criança; por exemplo, a falta de suporte afectivo pode traduzir-se por socializa o inadequada do lactente, hiperactividade e agressividade na criança pré-escolar, deficiente controlo dos esfínteres e baixo rendimento na criança em idade escolar, comportamentos de risco (toxicodependência, alcoolismo, delinq ncia) na adolescência e, mais tarde, por atitudes negligentes em rela o aos próprios filhos, completando o ciclo geracional.

B. Mau trato físico

O **mau trato físico** resulta de qualquer ac o, não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face   criança ou jovem, a qual provoque (ou possa provocar) dano físico.

Este tipo de maus tratos, cuja expressão mais frequente surge na forma de "criança batida", engloba um conjunto de situa o traumáticas, tais como a síndrome da criança abanada (sacudida ou chocalhada), as queimaduras, as fracturas, os traumatismos crânio-encefálicos, as lesões abdominais, a sufoca o, o afogamento, as intoxica o provocadas e outras ([Anexo IV](#)).

Trata-se da forma que   mais frequentemente diagnosticada nos serviços de saúde, sendo responsável por índices elevados de morbidade, incapacidade permanente e mortalidade. Se por um lado, a negligência tem mais probabilidades de ser detectada através do seguimento de crianças, jovens e famílias feito a nível dos CS, o mau trato físico   frequentemente detectado nas urgências hospitalares.

C. Abuso sexual

O **abuso sexual** corresponde ao envolvimento de uma criança ou adolescente em actividades cuja finalidade visa a satisfa o sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha e mais forte. Baseia-se numa rela o de poder ou de autoridade e consubstancia-se em práticas nas quais a criança ou jovem, em fun o do seu est dio de desenvolvimento:

- Não tem capacidade para compreender que delas   vítima;

- Percebendo que o é não tem capacidade para nomear o abuso sexual;
- Não se encontra estruturalmente preparada;
- Não se encontra capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido.

Este tipo de maus tratos pode revestir-se de diferentes formas – que podem ir desde importunar a criança ou jovem, obrigar a tomar conhecimento ou presenciar conversas, escritos e espectáculos obscenos, utilizá-la em sessões fotográficas e filmagens, até à prática de coito, passando pela manipulação dos órgãos sexuais, entre outras - as quais se encontram previstas e punidas pelo actual art. 171.º do Código Penal (CP)⁵, que trata expressamente do crime de abuso sexual de crianças (Quadro II) (Anexo XI, [21.1]).

Sempre que do acto resulte gravidez, ofensa à integridade física grave ou morte da vítima, infecções de transmissão sexual ou suicídio, a pena será agravada em metade ou em um terço, nos seus limites máximos e mínimos, conforme o caso em apreço. O mesmo sucede se a vítima for descendente, adoptada ou tutelada do agente – art.º 177 CP (Anexo XI, [25]).

QUADRO II: FORMAS DE MANIFESTAÇÕES DO ABUSO SEXUAL

À semelhança do que se passa na Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, em que o legislador autonomiza o abuso sexual em relação aos maus tratos físicos e psíquicos (art. 3.º n.º 2 – alínea b) também em sede penal o crime de abuso sexual de crianças (art.º 171 C.P.) tem um tratamento autónomo face ao crime de maus tratos (art.º 152-A C.P.).

Enquadrado na Secção II dos “Crimes contra a autodeterminação sexual”, e atendendo à mais recente revisão operada ao Código Penal pela Lei nº 59/07, de 4 de Setembro, o crime de abuso sexual de crianças, previsto e punido no art. 171.º do referido diploma legal, tipifica alguns comportamentos penalmente puníveis, a que correspondem molduras penais diferentes. A lei penal não define abuso sexual, fala apenas em “acto sexual de relevo”⁶, e pune com pena de prisão de 1 a 8 anos quem o pratique com ou em menor de 14 anos, ou o levar a praticá-lo com outra pessoa, conforme o n.º 1 do mesmo artigo.

Se o “acto sexual de relevo” se traduz na cópula, coito anal, coito oral ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos com ou em menor de 14 anos, a pena prevista é de 3 a 10 anos de prisão, de acordo com o n.º 2 do referido preceito legal.

Também a actuação por meio de conversa, escrito, espectáculo ou objecto pornográfico sobre menor de 14 anos, ou ainda o importunar praticando actos de carácter exibicionista ou constrangê-lo a contacto de natureza sexual são comportamentos puníveis com pena de prisão até 3 anos, conforme a redacção do n.º 3 do art.º. 171 C.P., dada pela Lei nº 59/07, de 4 de Setembro.

⁵ É em sede penal que os crimes se distinguem pela sua natureza, podendo ser **públicos** ou **semi-públicos**. Nos **crimes públicos** não se exige a apresentação de uma queixa para o Ministério Público dar início ao procedimento criminal, ou seja, basta a denúncia do facto e a tomada de conhecimento do mesmo por parte do Ministério Público para que, de imediato, este desencadeie o processo. Os valores que são ofendidos por este tipo de crime são tão graves que é o próprio Ministério Público que tem a iniciativa processual. É o caso do crime de homicídio, em que o valor violado é a vida, e o crime de maus tratos (art. 152.º-A C.P.) e o crime de abuso sexual de crianças (artigo 171.º C.P.). Nos **crimes semi-públicos**, só pode ser dado início ao procedimento criminal por parte do Ministério Público se houver a apresentação de uma queixa por parte de quem tem legitimidade para a fazer, conforme art. 113.º CP. Neste tipo de crimes os valores em causa merecem tutela, mas não são considerados tão graves para que o Ministério Público assuma a iniciativa processual sem a prévia apresentação de queixa. É o caso do crime consagrado no art.º 173 C.P., que trata dos actos sexuais com adolescentes.

⁶ O C.P. não define o que é **acto sexual de relevo**, sendo um conceito indeterminado. Segundo um – de vários - Acórdãos do Supremo Tribunal de Justiça, acto sexual de relevo terá de ser entendido como um acto que tendo relação com o sexo (relação objectiva), se reveste de certa gravidade e em que, além disso, há da parte do seu autor a intenção de satisfazer apetites sexuais (relação subjectiva)” (Cfr. Acs. de 24.10.96, proc. N.º 606/96 e proc. N.º 1429/97 de 12.03.1998)

O abuso sexual pode ser ocasional ou repetido, ocorrendo no contexto extra ou intra familiar; o fenómeno adquire contornos particulares sempre que é perpetrado por um adulto significativo para a criança/jovem, podendo esse facto dificultar o esclarecimento da situação. Nestes casos há, frequentemente:

- Imposição do segredo e do silêncio;
- Sentimento incutido à criança de que ela é “especial” e que por isso foi “escolhida” e recebe esse “apeço”;
- Ideia de que o sofrimento deve ser interpretado como um acto de amor imenso.

Estes casos colocam grandes dificuldades de detecção e diagnóstico dado que:

- Raras vezes resultam lesões físicas ou existem vestígios físicos e/ou biológicos de outro tipo de evidência que constituam indicadores, porquanto:
 - o na maior parte dos casos não há penetração anal ou vaginal, em particular com crianças pequenas;
 - o quando existe penetração, a ejaculação dá-se, muitas vezes, fora das cavidades;
 - o frequentemente, a criança e as roupas são lavadas;
 - o regra geral, o período entre a ocorrência e o exame médico-legal é superior a 48 horas, o que torna difícil, se não impossível, os estudos para pesquisa de esperma;
- O tabu social implícito (vergonha, medo) dificulta o pedido de ajuda;
- As crianças, sobretudo as mais novas, podem confundir a relação com uma manifestação afectiva “normal” ou podem estar submetidos à pressão do segredo imposto pelo abusador;
- Frequentemente os sintomas surgem desfasados no tempo, em relação à data dos acontecimentos.

Assim, no decurso da investigação clínica, há que ter em conta um conjunto de procedimentos que visam estabelecer uma relação de confiança e abertura entre o profissional e a criança/jovens, com vista à clarificação da situação, da forma menos traumatizante possível ([Anexos V e VII](#)).

D. Mau trato psicológico (Abuso emocional)

O **mau trato psicológico** resulta da incapacidade de proporcionar à criança ou jovem um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afectivo, indispensáveis ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados.

Este tipo de maus tratos engloba diferentes situações, desde a ausência ou precariedade de cuidados ou afeição adequados à idade e situação pessoal, até à completa rejeição afectiva, passando pela depreciação permanente da criança ou do jovem ([Quadro III](#)), os quais podem repercutir-se, por exemplo, no sono, no controlo dos esfíncteres, no comportamento, no rendimento escolar e em outras actividades da criança ou do jovem.

QUADRO III: ALGUMAS FORMAS DE MANIFESTAÇÃO DE MAU TRATO PSICOLÓGICO

- Abandono temporário
- Insultos verbais
- Abandono afectivo
- Ausência de afecto
- Ridicularização e desvalorização
- Hostilização e ameaças
- Indiferença
- Discriminação
- Rejeição
- Culpabilização
- Humilhação
- Observação ou envolvimento em situações de violência doméstica
- Aplicação de castigos desproporcionados face a comportamentos considerados inadequados

O mau trato psicológico tem implicações no desenvolvimento físico e psicossocial da criança/jovem e na estabilidade das suas competências emocionais e sociais. É de realçar que, em virtude dos sinais e sintomas serem similares aos presentes noutras situações ([Anexo VI](#)), este tipo de mau trato nem sempre é identificado na avaliação dos casos.

Quando não existem carências económicas e estão garantidas as condições materiais, nomeadamente, alimentação, vestuário, e disponibilidade de recursos lúdicos e condições de lazer, tende-se, ainda hoje, a não valorizar devidamente o mau trato psicológico que representa, muitas vezes, o “abandono” afectivo a que são votadas muitas crianças e jovens cujos progenitores têm vida profissional/social muito intensa e absorvente; fisicamente, bem cuidadas, ficam entregues, durante a maior parte do tempo, a sucessivos cuidadores, sem possibilidade, em alguns casos, de estabelecimento de vínculos afectivos sólidos aos adultos de referência.

Um outro aspecto não pode deixar de ser realçado: trata-se do facto de que qualquer forma de maus tratos também consubstancia, em certa medida, mau trato psicológico.

E. Síndrome de Munchausen por Procuração

A **Síndrome de Munchausen por Procuração** diz respeito à atribuição à criança, por parte de um elemento da família (que, na maior parte dos casos, apresenta um discurso credível e sedutor mas ao qual subjaz, por vezes, patologia do foro psiquiátrico, nem sempre fácil de identificar), de sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando hospitalizações frequentes, necessidades de procedimentos de diagnóstico exaustivos e recurso a técnicas invasivas.

Trata-se de uma forma rara de maus tratos, e que coloca aos profissionais grandes dificuldades de diagnóstico. Algumas formas de manifestação desta síndrome são, por exemplo, ministrar uma droga/medicamentos para provocar a sintomatologia; adicionar sangue ou contaminantes bacterianos às amostras de urina da criança; semi-sufocar, repetidamente, a criança e, depois, procurar o hospital, queixando-se de que a criança sofre de crises de apneia.

II. Procedimentos e protocolos de intervenção

Responsabilidades dos Serviços de Saúde

As instituições de saúde, por inerência da missão que lhes cabe, são conhecedoras dos riscos de carácter psicossocial que estão presentes no dia-a-dia das populações a que prestam assistência. Assim, têm responsabilidade particular na detecção precoce de contextos, factores de risco e de sinais de alarme, nesta matéria, no acompanhamento dos casos e na sinalização dos mesmos.

Contudo, apesar dos esforços meritórios de vários profissionais e da adopção de algumas medidas que nem sempre se têm revelado conseqüentes, torna-se necessário proceder a investimentos mais concertados, efectivos e exequíveis que permitam responder de modo mais adequado ao problema.

Diversas barreiras têm dificultado uma intervenção mais proactiva por parte dos profissionais; questões como, desconforto em lidar com estas situações, *deficit* de informação e preparação técnica face às mesmas, ausência de protocolos formais e de apoio institucional para respostas adequadas, assunção de outras prioridades, desconhecimento das redes de apoio e falta de confiança nas instituições, constituem alguns exemplos dos constrangimentos identificados.

O Plano Nacional de Saúde (PNS), com o horizonte temporal de 2004-2010, dá conta desse facto, ao sublinhar a insuficiência das respostas da saúde face ao fenómeno da violência doméstica, no qual se inclui o dos maus tratos a crianças e jovens. De entre as diferentes formas de que se pode revestir, o documento destaca a do abuso sexual, nas suas diversas expressões, pelo facto de constituir uma das situações em que os profissionais de saúde, quando com ela confrontados, sentem mais dificuldade em actuar.

Assim, e tomando em consideração o ordenamento jurídico em vigor, as actuais políticas de saúde e os princípios das boas práticas, o fenómeno representa uma esfera de intervenção cada vez mais relevante para os profissionais de saúde.

Dado que, neste matéria, a Saúde é uma das entidades de primeira linha (ver *Introdução*, pag. 4) no esforço de protecção de crianças e jovens, cada serviço deve assegurar a intervenção no *limite máximo* das atribuições que lhes estão cometidas, sem prejuízo de uma intervenção articulada e integrada, através do funcionamento de verdadeiras redes de apoio a nível local.

O processo de detecção, acompanhamento e sinalização de situações de risco/perigo no âmbito dos serviços de saúde

FILOSOFIA DE ACTUAÇÃO

Todos os profissionais de saúde, no âmbito das suas competências, podem ser confrontados com situações de maus tratos em crianças e jovens às quais urge dar resposta necessária, suficiente e adequada.

Fundada no quadro ético e deontológico estabelecido, a actuação técnica nos diferentes níveis de acção deve pautar-se por critérios de serenidade, ponderação e responsabilidade, orientada segundo princípios de intervenção explicitados na própria Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (art. 4.º da Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro), conforme enunciado no [Quadro IV](#).

QUADRO IV: PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA INTERVENÇÃO JUNTO DE CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO/PERIGO

- O **interesse superior da criança** e do jovem como referencial primeiro da acção, sem prejuízo da ponderação devida a outros interesses legítimos presentes em cada situação;
- A **privacidade**, relacionada com o respeito pela intimidade, direito à imagem e reserva da vida privada da criança ou do jovem;
- A **intervenção, o mais precoce possível**, a desencadear logo que conhecida a situação de perigo;
- A **intervenção mínima**, salvaguardando que apenas intervêm os agentes indispensáveis à promoção de direitos e protecção da criança ou do jovem em perigo;
- A **intervenção proporcional e actual**, assegurando que a mesma se processa segundo princípios de razoabilidade e no momento imediato à tomada de decisão, produzindo impacte mínimo na vida da criança, do jovem e respectiva família da forma estritamente necessária à finalidade pretendida;
- O exercício da **responsabilidade parental**, sendo a intervenção accionada de forma que os pais assumam os respectivos deveres para com a criança e o jovem;
- A **obrigatoriedade da informação**, tendo em conta que a criança, o jovem, os pais, o representante legal ou a pessoa que tenha a respectiva guarda de facto devem ser informados acerca dos seus direitos, dos motivos que determinam a intervenção e da forma como esta se processa;
- A **participação** nos actos e na definição das medidas e a **audição obrigatória** são asseguradas, quer à criança ou jovem a partir dos 12 anos de idade, quer aos pais, representantes legais ou quem tenha a guarda de facto;
- A **subsidiariedade na intervenção**, a qual deve caber, em primeira instância, às entidades com competência em matéria de infância e juventude, em segunda instância, às CPCJ e, em terceira instância, aos Tribunais.

Para poder haver intervenção dos profissionais, a lei exige, excepto em situações de urgência (ver *Procedimentos em Situação de Urgência, pag.38*) que seja prestado o **consentimento livre e esclarecido** por parte dos pais, representante legal ou da pessoa que tem a guarda de facto, devendo os mesmos ser informados desse direito.

É igualmente reconhecido o direito da criança ou jovem com idade igual ou superior a 12 anos, a não autorizar a intervenção das entidades com competência em matéria de infância e juventude, ou das CPCJ (ver *Intervenção das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens e Tribunais*, pag.35).

Não havendo situação de perigo eminente mas existindo risco que justifique acompanhamento continuado pelas equipas de saúde, e havendo oposição a esta pelos pais/cuidadores, o caso deve ser remetido à CPCJ da área de residência da criança (ver *Intervenção das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens e Tribunais*, pag. 35), devendo aqueles serem informados dessa diligência. Quando, no domínio da acção das CPCJ, a oposição se mantém, a situação é remetida por aquela ao Tribunal de Família e Menores ou, na sua ausência, ao Tribunal de Comarca.

Só uma correcta avaliação global e sistémica das situações permite a detecção efectiva do risco ou perigo de maus tratos, o acompanhamento e resolução das mesmas ou, quando indicado, a sinalização necessária. Nessa tarefa, adquire relevo particular o uso dos instrumentos de caracterização e avaliação da funcionalidade familiar usualmente empregues, assim como os que permitem apreciar o desenvolvimento da criança e do jovem nas diferentes idades.

As boas práticas face aos maus tratos - havendo, ou não, ocorrência confirmada destes - exigem assim que os profissionais de saúde assegurem o respeito por diversos pressupostos que merecem relevo particular.

Assim, no que diz respeito à apreciação feita e ao relacionamento dos profissionais com as famílias ou com quem cuida das crianças e dos jovens há que ter em consideração um conjunto de pressupostos básicos, que figuram no [Quadros V](#).

QUADRO V: RELACIONAMENTO COM AS FAMÍLIAS/CUIDADORES

No que diz respeito à apreciação e ao relacionamento com as famílias, é indispensável:

- Assegurar um tratamento digno a todos os elementos, mesmo nos casos mais complexos
- Salvaguardar a privacidade e a confidencialidade
- Evitar emitir juízos valorativos, culpabilizar ou envergonhar os seus membros
- Proceder a uma escuta activa, dar suporte, valorizar as capacidades e competências
- Intervir *com* as famílias (não *para* elas) e responsabilizar

Na interacção com a criança ou jovem envolvida(o) numa situação de maus tratos, reveste-se de importância significativa a forma empática como a relação possa estabelecer-se e, nesse sentido, assume relevo particular um conjunto de requisitos envolvidos no processo da entrevista e da condução de cada caso. Demonstrar a atribuição de credibilidade ao testemunho e ao facto de ter falado, evidenciar disponibilidade para ajudar e ser capaz de pedir auxílio técnico são exemplos da postura desejável por parte dos profissionais (ver [Quadro VI](#)).

QUADRO VI: ATITUDE DOS PROFISSIONAIS

Na condução da entrevista, é necessário que a atitude do profissional permita:

Escutar o testemunho da criança ou do jovem

Entender os pontos essenciais da situação

Não emitir juízos de valor nem reagir intempestivamente

Transmitir confiança, orientar e proteger

Denunciar o(s) perpetrador(es), do mau trato, se for caso disso

Utilizar linguagem simples

Mostrar-se disponível para a criança/jovem

Se não se sentir apto ou com estas condições, deve pedir sempre ajuda a um colega com mais experiência e maior disponibilidade no momento

O que pode/deve dizer-se à criança ou jovem na altura do depoimento:

Que se dá credibilidade ao seu testemunho

Que não é culpada da situação

Que é muito importante ter falado

Que outras crianças/jovens vivem situações idênticas ou que isso também pode acontecer a outros

Que (e porquê) precisamos de fazer perguntas

Que pode fazer perguntas

Que não vai ser enganada nem manipulada nem serão quebradas promessas feitas

Que tem tempo

Que pode falar ou manifestar os seus sentimentos (respeitar os silêncios)

Sob risco de se perder a confiança e dificultar o apuramento adequado das situações, há que evitar a todo o custo enganar, manipular ou quebrar promessas feitas à criança ou jovem. Por outro lado, sempre que não estejam reunidas as condições apontadas, ou que os factos ultrapassem o saber ou as competências do profissional, é mandatório que seja pedida ajuda a outro mais habilitado ou disponível para prestar o apoio necessário.

Por outro lado, a circulação e permuta criteriosa da informação pertinente entre profissionais e estruturas com competência na matéria constitui um dos pilares essenciais da resposta adequada à maioria das situações de maus tratos. No quadro dos princípios éticos, deontológicos e legais que devem presidir à intervenção neste domínio, em que a confidencialidade e protecção de dados pessoais deve ser assegurada, a troca de elementos informativos pertinentes a propósito de cada caso deve ser, apenas, a que se revela necessária e suficiente para a gestão correcta de cada caso.

Trata-se de um aspecto que adquire relevo particular sempre que no processo estão envolvidos técnicos de áreas profissionais diferentes, facto que deverá merecer especial atenção na forma como se descreve a situação, nomeadamente os dados transmitidos, de molde a permitir a avaliação da existência ou não de matéria de perigo.

Por exemplo, quando uma CPCJ solicita junto de um serviço de saúde informação relativamente a uma criança ou jovem que foi sinalizada, o serviço deverá pronunciar-se no sentido de fornecer

todos os dados pertinentes e relevantes sobre a mesma, que permitam a essa Comissão avaliar da existência ou não de matéria de perigo e, sendo caso disso, deliberar a medida de promoção/protecção mais adequada.

Existe, assim, o dever de colaboração por parte da entidade contactada ([Anexo XI, \[8\], art.13.º n.º 2\)](#). Na resposta, **não têm que constar elementos clínicos em detalhe**, nem outros que possam de alguma forma constituir violação da confidencialidade de dados, na observância, também, do princípio da privacidade ([Anexo XI, \[8\], art. 4.º – alínea b\)](#)).

Envolvimento dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

Sem prejuízo do assumir de responsabilidades por parte de todos os profissionais no âmbito dos maus tratos em crianças e jovens, o dever de colaboração e a concertação das acções através do funcionamento de equipas de trabalho com vocação específica para o efeito constitui uma mais valia, neste domínio.

Assim, os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, que estão a ser dinamizados nos CS (Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco - NACJR) e nos Hospitais (Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco - NHACJR), adquirem um papel de particular importância no apoio aos profissionais que, no âmbito da intervenção de primeiro nível, trabalham na prevenção dos maus tratos e lidam directamente com as situações, na respectiva esfera de acção. Na articulação necessária entre os Núcleos dos CS e os dos Hospitais, as respectivas UCF adquirem um papel facilitador.

Além disso, nos casos que, pelas características e complexidade que apresentam, são merecedores de avaliação e acompanhamento que ultrapassam as possibilidades dos profissionais/equipas que directamente lidam com eles, os Núcleos permitem tornar mais exaustiva a mobilização e articulação dos recursos na intervenção de primeiro nível, já mencionada.

Por outro lado, os Núcleos permitem agilizar a comunicação com as CPCJ, e também com os Tribunais, no que respeita à comunicação dos casos que necessitam de transitar para segundo e terceiro nível. Além disso, contribuem, em larga medida, para que se torne efectivo o apoio continuado, quer no âmbito da aplicação de medidas determinadas pelas CPCJ e Tribunais, quer na continuidade do apoio prestado quando, na sequência daquelas, se consegue reverter as situações de perigo e os processos são encerrados (ver *Acompanhamento continuado*, pag. 34).

Avaliação, Diagnóstico e Intervenção em situações de maus tratos

A detecção de indicadores de risco e a percepção de muitas das situações que envolvem perigo para a criança ou jovem, o respectivo acompanhamento e o encaminhamento, nem sempre constituem uma tarefa simples para os profissionais de saúde. Contudo, dadas as características do objecto de trabalho (saúde e o bem estar dos indivíduos e das populações), dos processos empregues na acção e dos perfis técnicos de quem opera no sector, esta é uma matéria que não pode deixar de ser considerada como um problema face ao qual urge intensificar a capacidade de resposta por parte dos serviços.

Pelo tipo de inserção e pela intervenção diversificada que têm junto dos vários grupos populacionais, as equipas dos cuidados de saúde primários reúnem condições efectivas para a identificação de contextos específicos de risco e para a detecção, acompanhamento e encaminhamento, quando necessário, de casos problemáticos. Além disso, as relações de proximidade estabelecidas com outras estruturas comunitárias propiciam o trabalho articulado, em rede, o qual se reconhece ser o mais eficiente numa matéria tão complexa quanto esta (ver *Intervenção nos Centros de Saúde, Figura III*, pag. 27).

Por outro lado, os Hospitais, nas diversas vertentes de acção e serviços/especialidades que os caracterizam, constituem recurso de igual relevância no âmbito do primeiro nível de intervenção em matéria de protecção de crianças e jovens em risco. Enquanto referência dos CS nas situações clínicas que exigem cuidados específicos mais diferenciados, os Hospitais funcionam como um “segundo filtro” na detecção de alguns casos e como apoio no acompanhamento e/ou referenciação de outros; além disso, através, nomeadamente, dos serviços de urgência, os Hospitais também tomam contacto, em primeira instância, com situações de maus tratos.

Assim, seja no âmbito geral da Saúde Pública e da Medicina Familiar, no das actividades específicas em Saúde Materna, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Escolar e no das Especialidades e Urgências Hospitalares com incidência na faixa etária das crianças e jovens, existe um vasto leque de oportunidades para que a questão dos maus tratos nestas idades – que deve ser enquadrada, em larga medida, no fenómeno da violência doméstica – constitua um foco de particular responsabilidade no domínio das boas práticas.

A avaliação das situações de molde a estabelecer um grau de risco para a ocorrência dos maus tratos e a pesquisa da existência de matéria de perigo tornam-se, assim, tarefas mandatórias para todas as equipas de saúde que prestam cuidados a crianças e jovens.

Caracterizadas as situações, conforme os procedimentos apontados nos [Anexos VII, VIII, IX e X](#) cabe, em primeiro lugar, aos profissionais que com elas lidam directamente, organizar a intervenção de molde a minorar, quando possível, o contexto de risco, ou a estabelecer medidas que permitam remover o perigo, caso ele seja efectivo.

Sempre que, por si sós, não tenham condições de o fazer, há que convocar outros profissionais/estruturas para que tal se concretize de forma adequada. É neste patamar de intervenção que a acção dos NACJR e dos NHACJR toma lugar, no que respeita à condução de casos.

Cabe, então, aos Núcleos:

- a) prestar consultadoria aos profissionais/equipas que lidam directamente com as situações e dinamizar o funcionamento das redes de interlocução a nível interno, no CS ou no Hospital, a nível externo, com os parceiros na comunidade;
- b) apoiá-los no acompanhamento das mesmas, através, nomeadamente, da elaboração, para cada caso, de um **Plano de Intervenção e Apoio à Família (PIAF)**, desenvolvido a partir das necessidades identificadas;
- c) avaliar, acompanhar e/ou sinalizar a outra entidade ou nível de intervenção, quando necessário.

Sempre que a complexidade da matéria em causa transcenda a capacidade de resposta dos profissionais e das instituições de saúde (e uma vez esgotadas as possibilidades de apoio das outras entidades de primeiro nível) – ou quando exista desacordo ou oposição à intervenção por parte dos pais ou detentores do poder paternal da criança ou jovem – há que proceder à sinalização à CPCJ respectiva ou, na impossibilidade (por exemplo, não haver CPCJ constituída) ao tribunal competente (ver *Intervenção das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens e dos Tribunais*, pag. 35).

Nestes casos, em que num dado momento haja intervenção por parte do segundo e/ou terceiro nível, deve ser dado conhecimento do teor da mesma à instituição de saúde que sinalizou, tendo em vista o ulterior acompanhamento das crianças e famílias às quais as medidas de promoção e protecção foram aplicadas, com aplicação de um PIAF a estas adequado.

Acresce ainda salientar que, quando os factos que determinam a situação de perigo constituem crime, os mesmos devem ser comunicados ao Ministério Público, às entidades policiais, ou ao Instituto de Medicina Legal, independentemente das medidas tomadas em defesa da criança ou do jovem (ver *Acompanhamento Continuado*, pag. 34).

INTERVENÇÃO NOS CENTROS DE SAÚDE

Sempre que se identifiquem contextos de risco, haja suspeita ou seja constatada uma situação de maus tratos numa criança ou num jovem, quer através de sinalização efectuada pelas outras entidades de 1º nível, quer na sequência da actividade dos profissionais, equipas ou NACJR do próprio CS, há que desenvolver um conjunto de procedimentos, conforme indicado sumariamente na [Figura III](#).

Os profissionais/equipas que tomam contacto com os casos devem, no limite máximo das suas competências, proceder à avaliação, intervenção e encaminhamento dos mesmos, cabendo ao NACJR um papel de consultadoria e, nas situações cuja complexidade ultrapasse a capacidade de resposta dos primeiros, coadjuvar ou assumir a condução do processo ([Anexos VII, VIII, IX e X](#)).

Dada a complexidade de que, por vezes, se revestem as situações, a investigação clínica carece, frequentemente, de informação complementar colhida na rede interna do CS e nos contactos da rede externa.

Não raro, o Hospital de referência pode ser chamado a precisar ou a confirmar o diagnóstico efectuado, sempre que tal se afigure necessário.

Do mesmo modo, pode haver lugar à colaboração do Instituto Nacional de Medicina Legal na caracterização dos casos, quando exista suspeita de abuso sexual ou de outras situações de maus tratos específicas e para as quais seja importante a preservação urgente de evidências físicas, biológicas e não biológicas (por exemplo, na roupa e/ou no corpo). Tal pode acontecer mediante informações prestadas, ou participação activa no diagnóstico e recolha de provas – sendo concretizada nesta última modalidade, regra geral, a partir do Hospital de referência (ver *Intervenção nos Hospitais*), podendo haver lugar a protocolos localmente estabelecidos.

Uma vez estabelecido o diagnóstico de maus tratos, a intervenção dos serviços pode tomar diferentes desenvolvimentos.

Assim:

Confirmada a existência de perigo, para que possa haver intervenção a nível do CS, solicita-se o consentimento dos pais, dos representantes legais ou de quem tem a guarda de facto da criança ou do jovem, assim como a não oposição deste quando tem doze ou mais anos de idade, com vista ao estabelecimento de um PIAF.

Caso seja manifestada oposição ao que é proposto, e depois de esgotadas as hipóteses de colaboração, o CS deve sinalizar o caso para a CPCJ respectiva, que posteriormente o informará do andamento do processo (ver *Intervenção das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens e Tribunais*, pag. 35)

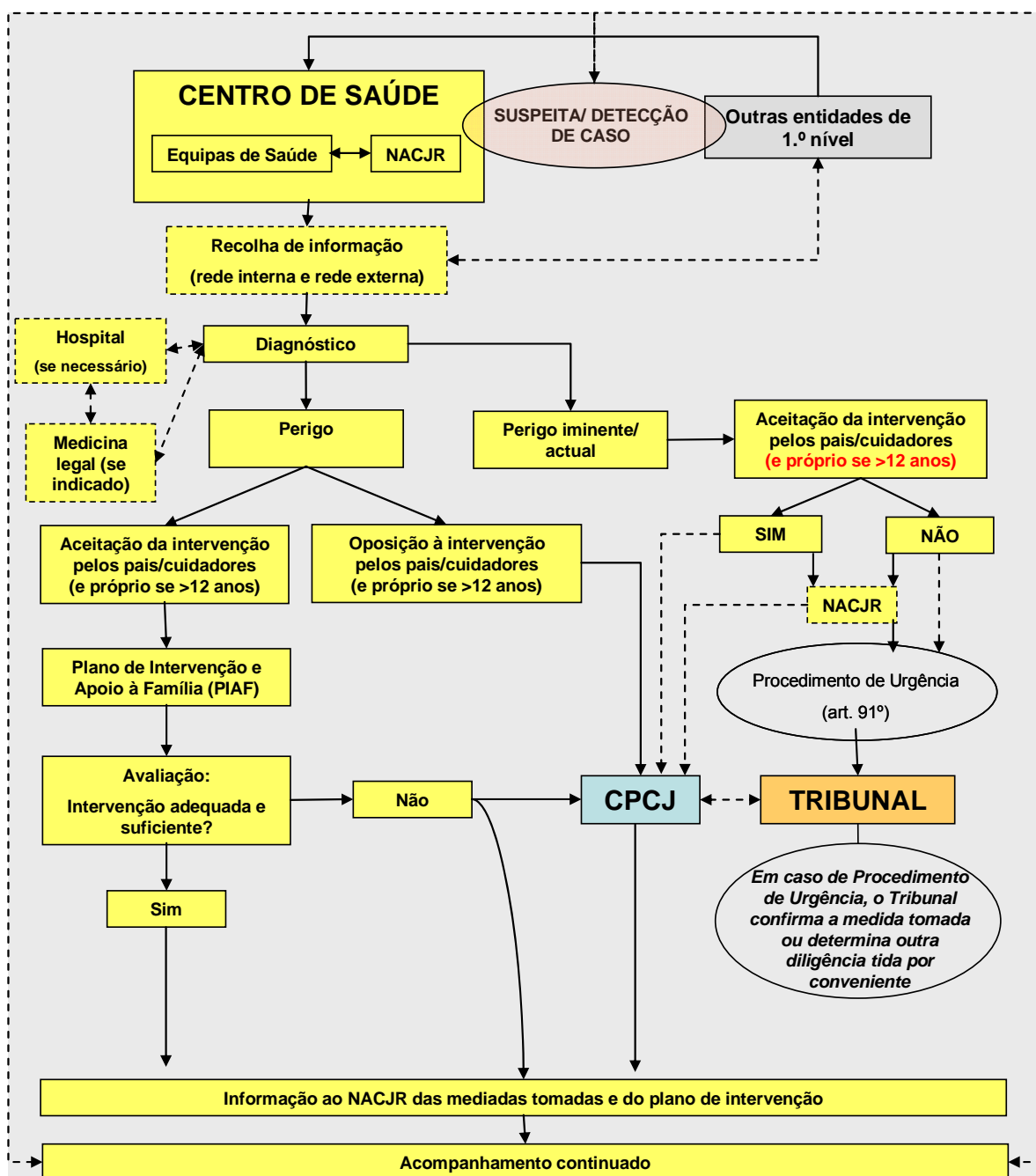
Uma vez aceite o PIAF, cabe ao profissional/equipa de saúde ou ao NACJR, consoante as situações, monitorizar a aplicação do plano e proceder à respectiva avaliação.

Posteriormente, constatada a adequação do mesmo e confirmada a remoção da matéria de perigo, inicia-se uma fase de acompanhamento continuado da situação, na qual adquire relevo particular a participação das outras equipas da rede interna do CS e as da rede externa, no âmbito das entidades de primeiro nível.

Sendo constatado o não cumprimento do PIAF, ou a ineficácia do mesmo, a situação deve, nesse caso, ser sinalizada à CPCJ e do facto deve ser dado conhecimento ao NACJR, caso não tenha sido este a gerir a situação.

Aquando do estabelecimento do diagnóstico, pode verificar-se que se trata de uma situação que envolve perigo iminente ou actual para a integridade física ou a vida da criança ou adolescente, e face à oposição dos detentores do poder paternal ou de quem tenha a guarda de facto, acciona-se de imediato um “procedimento de urgência”, de acordo com o art. 91º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (ver *Procedimentos em Situação de Urgência*, pag. 38 e, também, *Intervenção nos Hospitais*, pag. 28).

FIGURA III: INTERVENÇÃO NOS CENTROS DE SAÚDE



NOTA: Sempre que os factos que determinam a situação de perigo constituem crime, os mesmos devem ser comunicados ao Ministério Público ou às entidades policiais (art. 70.º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro).

INTERVENÇÃO NOS HOSPITAIS

Sempre que, a nível hospitalar, se identifiquem riscos acrescidos, haja suspeita ou confirmação de uma situação de maus tratos, quer através de referenciação de outras entidades, quer mediante diagnóstico efectuado na própria instituição, é mandatório desencadear um conjunto de procedimentos, abaixo descritos, que visem assegurar a protecção da criança ou do jovem.

As circunstâncias em que o hospital intervém, neste domínio, são de dois tipos, tendo em conta as duas situações distintas em que a prestação de cuidados pode ocorrer. Assim, há que considerar:

- Actuação a nível do *Serviço de Urgência* – Em que os casos podem ser aí detectados primariamente ou referenciados por outras entidades de 1.º nível ou superior (CPCJ e Tribunais);
- Actuação a nível de *Consulta Externa e Unidades de Internamento* - Em que os casos são identificados na sequência da actividade dos profissionais nesses serviços.

A nível hospitalar, a promoção dos direitos e a protecção das crianças e dos jovens, não se esgota na intervenção dos Serviços de Pediatria. Assim, os outros departamentos e serviços com acção nesta faixa etária, ou a ela directamente ligados, assumem protagonismo de igual relevo nessa intervenção. Neste contexto, a articulação funcional e os procedimentos adiante descritos dizem respeito, também, a estes outros sectores. O Serviço de Obstetrícia constitui um exemplo claro deste envolvimento dadas as características de que se reveste, propiciando, nomeadamente, a detecção de vivências familiares problemáticas numa grávida ou de vinculação deficitária entre a mãe ou o pai e o recém-nascido.

As Maternidades, estando integradas em Centros Hospitalares mas, por vezes, fisicamente separadas, necessitam assim de dispor de mecanismos organizativos que lhes permitam responder ao problema em moldes semelhantes aos das outras instituições do SNS, com responsabilidades em matéria de infância e juventude. A acção de NHACJR, adequada às características peculiares dessas instituições, pautar-se-á pelos mesmos princípios de intervenção e segundo modelos funcionais semelhantes aos preconizados para os outros serviços de saúde.

Qualquer que seja a situação, é **obrigatória a referenciação de todos os casos ao NHACJR**, mesmo que uma medida de protecção e promoção se encontre em curso, no caso de já existir processo na CPCJ ou no Tribunal⁷.

Actuação a nível do Serviço de Urgência

Os profissionais/equipas que contactam com os casos devem, no limite máximo das suas competências, proceder à avaliação, intervenção e encaminhamento dos mesmos, cabendo ao NHACJR (durante o horário de funcionamento) um papel de consultadoria.

⁷ Da mesma forma, e consoante os casos, deverá ser dado cumprimento ao art. 70.º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens.

Dada a complexidade de que, por vezes, se revestem as situações, a investigação clínica no Serviço de Urgência carece, frequentemente, de informação complementar colhida nos contactos da rede externa, nomeadamente CS e outras estruturas da comunidade. Por outro lado, as características do Serviço de Urgência, nomeadamente a grande diversidade e mobilidade de equipas médicas, vêm reforçar a necessidade de referenciação de todas as situações ao NHACJR, que assumirá a condução posterior do processo.

Do mesmo modo, pode haver lugar à colaboração do Instituto Nacional de Medicina Legal na caracterização de alguns casos, nomeadamente abuso sexual e outras situações de maus tratos específicas. Tal pode acontecer mediante informações prestadas, ou participação activa no diagnóstico e recolha de provas, podendo e devendo haver lugar a protocolos localmente estabelecidos.

Nas instituições em que tal seja aplicável, e em função da avaliação médica inicial, pode haver lugar a observação por pedopsiquiatra ou psicólogo.

Uma vez estabelecido o diagnóstico de maus tratos, a intervenção dos serviços pode tomar diferentes desenvolvimentos.

Assim:

- a) **Se a criança ou jovem apresenta lesões físicas cuja gravidade justifique vigilância e/ou tratamento hospitalar, deverá ser internada.**

Nesta situação, *colhido o consentimento* para o internamento por parte de quem tem de o prestar (pais, representantes legais ou quem tem a guarda de facto da criança ou do jovem), os procedimentos clínicos seguem os trâmites protocolados e ajustados à situação em presença.

Tendo em conta os factos que motivaram o internamento e a necessidade de desencadear o processo de promoção/protecção, deverá ser contactado o serviço social (de preferência o/a assistente social afecta ao NHACJR) que, por sua vez, comunicará com a CPCJ competente⁸.

- Após a sinalização, a CPCJ contacta os pais, representantes legais ou quem tem a guarda de facto da criança ou do jovem, com vista a *obter o necessário consentimento* para intervir; caso tal suceda, aquela entidade, ficando legitimada para o fazer, deverá articular-se com o Hospital de forma a garantir a efectiva protecção da criança.
- No caso da CPCJ *não obter o consentimento* por parte de quem o deva prestar, ou de não concordarem com a medida deliberada pela Comissão, esta remete a situação ao Tribunal de Família e Menores (ou Tribunal de Comarca), solicitando a sua intervenção.

⁸ Quando, no momento, tal não for viável (por exemplo, fora dos horários de funcionamento estabelecidos) e uma vez que a criança se encontra internada, essa diligência deverá ser concretizada logo que possível.

Quando se está em presença de uma situação de **emergência clínica**, havendo perigo actual ou eminente para a vida ou integridade física da criança ou jovem, e exista oposição por parte de quem exerce o poder paternal, deve ser accionado, de imediato, um procedimento de urgência (art. 91.º)

b) Se a criança ou jovem não apresenta critérios de internamento do ponto de vista físico, há que proceder à avaliação do perigo.

Neste caso, podem ocorrer três situações:

- A criança ou jovem não se encontra em perigo, pois o prestador de cuidados garante um ambiente seguro e, nesta situação, pode ter alta. O NHACJR assumirá a condução do processo após a recepção da referenciação.
- A criança ou jovem não apresenta critérios de internamento do ponto de vista físico, mas há perigo iminente ou actual para a sua vida ou integridade física e existe oposição por parte dos detentores do poder paternal; neste caso, o responsável da urgência hospitalar presente acciona um procedimento de urgência (ver *Procedimentos em situação de urgência*, pag. 38) ou toma as medidas entendidas como adequadas, promovendo o acolhimento em Centro de Acolhimento Temporário (CAT)⁹, ou, por exemplo, mantendo a criança ou jovem em situação de internamento) de forma a garantir a sua protecção e solicitando, de imediato, a intervenção do Tribunal de Família e Menores ou da Comarca (via fax) e das autoridades policiais, que darão conhecimento ao Ministério Público.

Em qualquer destas situações, o Hospital deverá sempre comunicar ao Tribunal a medida que tomou, por ter considerado ser a adequada para proteger a criança ou jovem, devendo aquele órgão judicial pronunciar-se em 48 horas: ou confirma (reforçando assim a decisão tomada pela equipa da saúde) através da aplicação de uma medida provisória de protecção/promoção a favor da criança ou do jovem, ou determina qualquer outra diligência relativamente ao seu destino ([Anexo XI \[8\], art. 92.º](#)).

Em casos extremos, pode ser necessário solicitar a presença de uma autoridade policial para protecção da própria criança e/ou dos profissionais de saúde.

- Pode acontecer ainda que, apesar de haver perigo, os pais colaborem e não se oponham à intervenção do Hospital, pelo que deve o mesmo e durante o horário do funcionamento do Serviço Social, contactar, de preferência, o/a Assistente Social afecta ao NHACJR, que contactará a CPCJ.

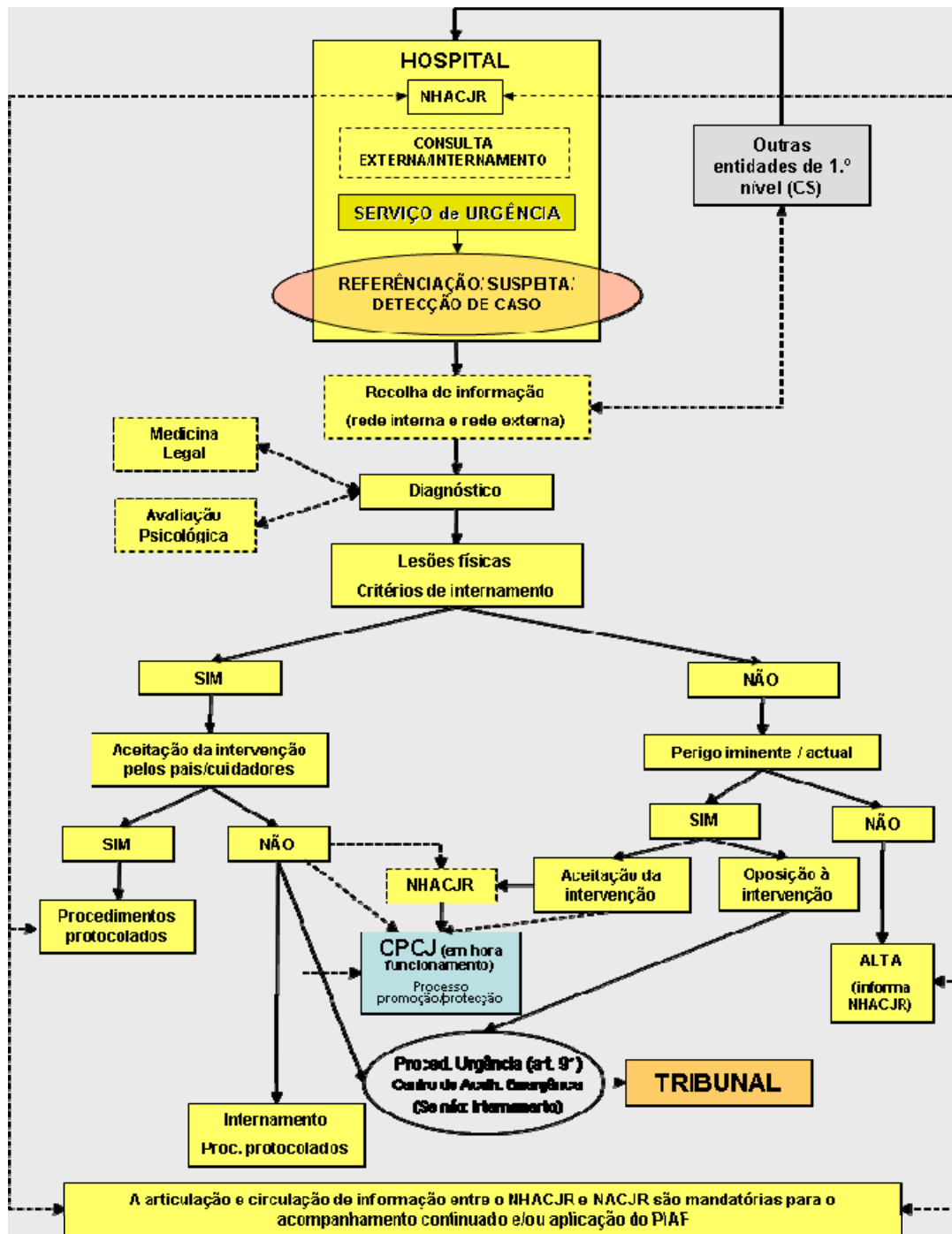
Após a sinalização, a CPCJ contacta os pais, representantes legais ou quem tem a guarda de facto da criança ou do jovem, com vista a *obter o necessário consentimento* para intervir; caso tal suceda, aquela entidade, ficando legitimada para o fazer, deverá articular-se com o Hospital de forma a garantir a efectiva protecção da criança.

⁹ Para o acolhimento temporário, os contactos telefónicos da Linha de Emergência que dá resposta para a cidade de Lisboa são os seguintes: Telf. 218424330 / 217827250. Tratando-se do acolhimento de crianças até aos 8 anos de idade, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa tem também uma linha de emergência que pode ser accionada: Telf. 213235077. Para fora da cidade de Lisboa, cabe à Linha Nacional de Emergência Social (Telf. 144) dar resposta.

No caso da CPCJ *não obter o consentimento* por parte de quem o deva prestar, ou de não concordarem com a medida deliberada pela Comissão, esta remete a situação ao Tribunal de Família e Menores (ou Tribunal de Comarca), solicitando a sua intervenção.

Os aspectos fundamentais da intervenção a nível da Urgência Hospitalar encontram-se resumidos na [Figura IV](#).

FIGURA IV: INTERVENÇÃO NOS HOSPITAIS – SERVIÇO DE URGÊNCIA



NOTA: Sempre que os factos que determinam a situação de perigo constituem crime, os mesmos devem ser comunicados ao Ministério Público ou às entidades policiais (art. 70.º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro).

Actuação a nível de Consultas e Unidades de Internamento

Nos casos detectados de perigo iminente ou actual para a vida ou integridade física em que exista oposição por parte de quem exerce o poder paternal, há que accionar o “procedimento de urgência”, de acordo com o art. 91.º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (ver *Procedimentos em Situação de Urgência*, pag. 38), tal como enunciado atrás.

Se confirmada a existência de risco/perigo, mas sem perigo iminente ou actual para a integridade física ou vida da criança ou do jovem, para que possa haver intervenção a nível do Hospital, solicita-se o consentimento verbal dos pais, dos representantes legais ou de quem tem a guarda de facto, assim como a não oposição deste quando tem doze ou mais anos de idade, com vista ao estabelecimento de um PIAF pela equipa que acompanha o caso, em articulação com as estruturas da comunidade. Deve ser sempre ser dado conhecimento ao NACJR do CS da área de residência, através de referênciação protocolada, com cópia no processo clínico hospitalar e no arquivo do NHACJR.

Caso seja manifestada oposição ao que é proposto, e depois de esgotadas as hipóteses de colaboração, o Hospital deve sinalizar o caso para a CPCJ respectiva, que posteriormente o informará do andamento do processo (ver, adiante, *Intervenção das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens e Tribunais*, pag. 35).

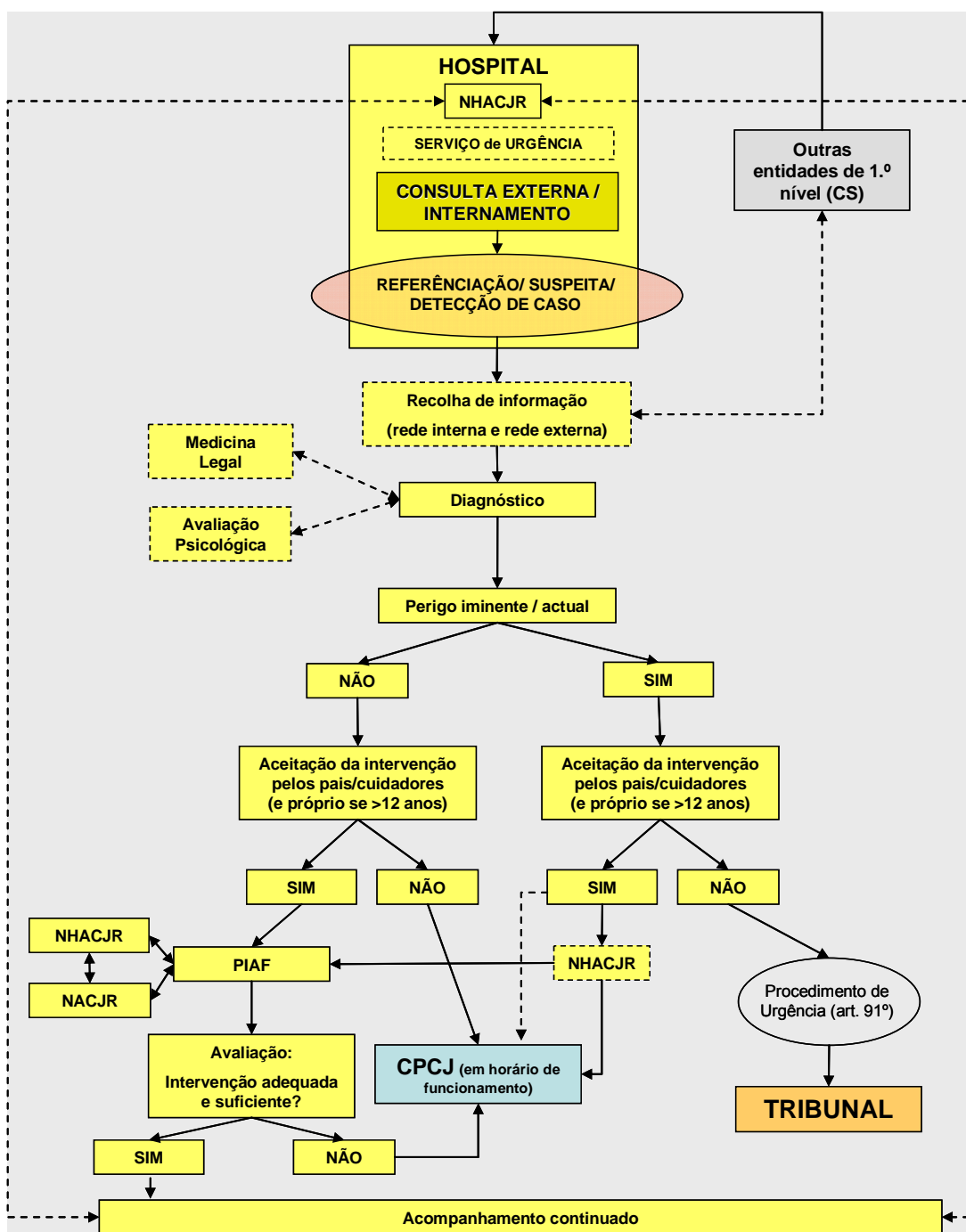
Uma vez aceite o PIAF e referenciado o caso ao CS, cabe ao NACJR do CS monitorizar a aplicação do plano e proceder à respectiva avaliação, dando informação de retorno ao NHACJR, que a transmitirá à equipa de saúde que o referenciou.

Quando a criança é portadora de situação clínica que obriga a um seguimento regular no Hospital (por exemplo, algumas doenças crónicas) a monitorização e avaliação do plano passarão a ser da responsabilidade do profissional/equipa de saúde hospitalar em colaboração com o NHACJR, que informará o NACJR do CS da evolução do processo.

Caso se constate que a aplicação do PIAF estabelecido não foi suficiente para a protecção da criança/jovem, ou que o mesmo não foi cumprido, a situação deve, nesse caso, ser sinalizada à CPCJ da área de residência, através do NHACJR ou do NACJR, com conhecimento mútuo.

Os aspectos fundamentais da intervenção a nível das consultas e internamento hospitalares encontram-se resumidos na [Figura V](#).

FIGURA V: INTERVENÇÃO NOS HOSPITAIS – CONSULTAS E UNIDADES DE INTERNAMENTO



NOTA: Sempre que os factos que determinam a situação de perigo constituem crime, os mesmos devem ser comunicados ao Ministério Público ou às entidades policiais (art. 70.º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro).

Acompanhamento continuado

No âmbito das suas competências, as equipas de saúde e os Núcleos estão vocacionados para monitorizar as situações de risco de maus tratos prevenindo a emergência do perigo.

Por outro lado, os CS e Hospitais podem ser chamados a apoiar a aplicação, ou a subscrever, o acordo que consubstancia as medidas de promoção e protecção acordadas nas CPCJ, ou, ainda, serem solicitados a intervir no âmbito de uma decisão do Tribunal. Neste contexto, os NACJR e os NHACJR podem representar um pólo de referência nas instituições de saúde, estabelecendo uma interface com os profissionais das equipas de saúde que directamente lidam com as crianças e jovens em causa, ou por si próprias, assumirem também o acompanhamento do processo.

Mesmo não tendo intervenção directa nas situações, os Núcleos devem ser informados da existência dos casos que estão a ser acompanhados na instituição a que pertencem, bem como receber notificação daqueles que cursaram noutras instâncias, nomeadamente CPCJ, e que foram encerrados. Tal objectivo concretiza-se mediante a promoção do funcionamento da rede externa dos serviços de saúde, nomeadamente pela sensibilização dos técnicos das CPCJ para esta necessidade. Acresce a obrigação legal que impende sobre as entidades e instituições de não cessarem a sua intervenção, mesmo após a comunicação efectuada (ver art. 71.º da Lei 147/99, n.º 1, primeira parte). Só assim se torna possível proceder ao acompanhamento continuado das situações que, tendo sido eliminada a matéria de risco, não deixam de merecer seguimento posterior.

Haverá, por exemplo, situações que continuarão a ser acompanhadas nos Hospitais, em consulta de especialidade pediátrica, ou outra, e também nos CS. Nas tarefas de monitorização através, por exemplo, das visitas domiciliárias, há que dar relevo, uma vez mais, à cooperação interinstitucional que deve presidir à relação entre os diversos parceiros da comunidade, contemplando, nomeadamente, suporte familiar nos momentos de crise; quando possível, outro tipo de iniciativas podem ser estimuladas, tais como a criação de grupos de suporte de pais/cuidadores, programas de formação em competências parentais, etc.

Como antes se afirmou, sempre que não seja suficiente a intervenção das entidades de primeiro nível para assegurar a protecção das crianças e jovens, ou quando a gravidade dos factos o determina, pode ser necessário recorrer às instâncias de segundo e terceiro nível, sendo desencadeadas acções de cariz diferente (ver adiante *Intervenção das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens e Tribunais*).

Quando houver fortes indícios da prática de um crime, **as entidades de 1.º nível, nomeadamente CS e Hospitais, devem comunicá-los ao Ministério Público ou às entidades policiais, sem prejuízo da comunicação feita à CPCJ** (art. 70.º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro).

Relativamente a uma situação de maus tratos, é dada origem a dois processos distintos, com objectivos diferentes e que correm em instâncias distintas:

- o tutelar, que visa assegurar a protecção da criança removendo o perigo em que se encontra, através da aplicação de uma medida de promoção/protecção (prevista no art. 35.º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro) pela CPCJ, ou pelo Tribunal da área de residência da criança.
- o criminal, que tem como principal objectivo punir o agressor e que culmina com a aplicação de uma moldura penal pelo Tribunal criminal cuja área abrange o local onde ocorreu o crime.

Intervenção das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens e dos Tribunais

O funcionamento das CPCJ rege-se pela Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro. Resulta da própria constituição e atribuições das CPCJ um papel relevante por parte dos elementos que nela representam a Saúde, quer na acção em modalidade alargada, quer restrita (ver, também, *Introdução* e [Anexo XI \[8\]](#)).

Importa realçar, a este propósito que, de acordo com os art. 25.º e 28.º n.º 1 do citado diploma:

- As deliberações das CPCJ são vinculativas e de execução obrigatória para os serviços e entidades nela representados.
- As funções dos membros das CPCJ são prioritárias em relação às dos respectivos serviços de origem.

No âmbito da Saúde, as entidades com competência na área da infância e juventude (CS e Hospitais) comunicam às CPCJ (da área de residência da criança ou do jovem) as situações de perigo de que tenham conhecimento no exercício das suas funções, sempre que, no âmbito exclusivo da sua competência, não lhes seja possível assegurar, em tempo, a protecção, ou entendam que a sua intervenção não é adequada ou suficiente para remover o perigo ([Anexo XI, \[8\], art. 65º](#)).

Caso não exista CPCJ instalada, a comunicação é feita ao Ministério Público do Tribunal da Comarca.

A **sinalização** de qualquer situação de perigo feita por uma entidade de primeiro nível à CPCJ da área de residência da criança ou do jovem em apreço, deve referir que já esgotou todos os meios ao seu alcance para remover o perigo sem, contudo, a sua intervenção ter sido suficiente e adequada. Da referida sinalização devem constar todos os factos relevantes que permitam reconhecer a existência de matéria de perigo que justifique a intervenção do segundo nível. Quanto mais completa for, melhor permitirá a intervenção em tempo útil. Pode ser efectuada por via telefónica, escrita, ou de forma presencial.

As medidas de promoção/protecção que podem ser aplicadas a favor das crianças ou jovens em perigo, quer pelas CPCJ, quer pelos Tribunais são as elencadas no art. 35.º:

- a) Apoio junto dos pais;
- b) Apoio junto de outro familiar;
- c) Confiança a pessoa idónea;
- d) Apoio para autonomia de vida;
- e) Acolhimento familiar;

- f) Acolhimento em instituição;
- g) Confiança a pessoa seleccionada para a adopção ou a instituição com vista a futura adopção.

Esta última medida foi acrescida pela Lei n.º 31/2003, de 22 de Agosto, mas é da exclusiva competência dos tribunais, não podendo as CPCJ aplicá-la.

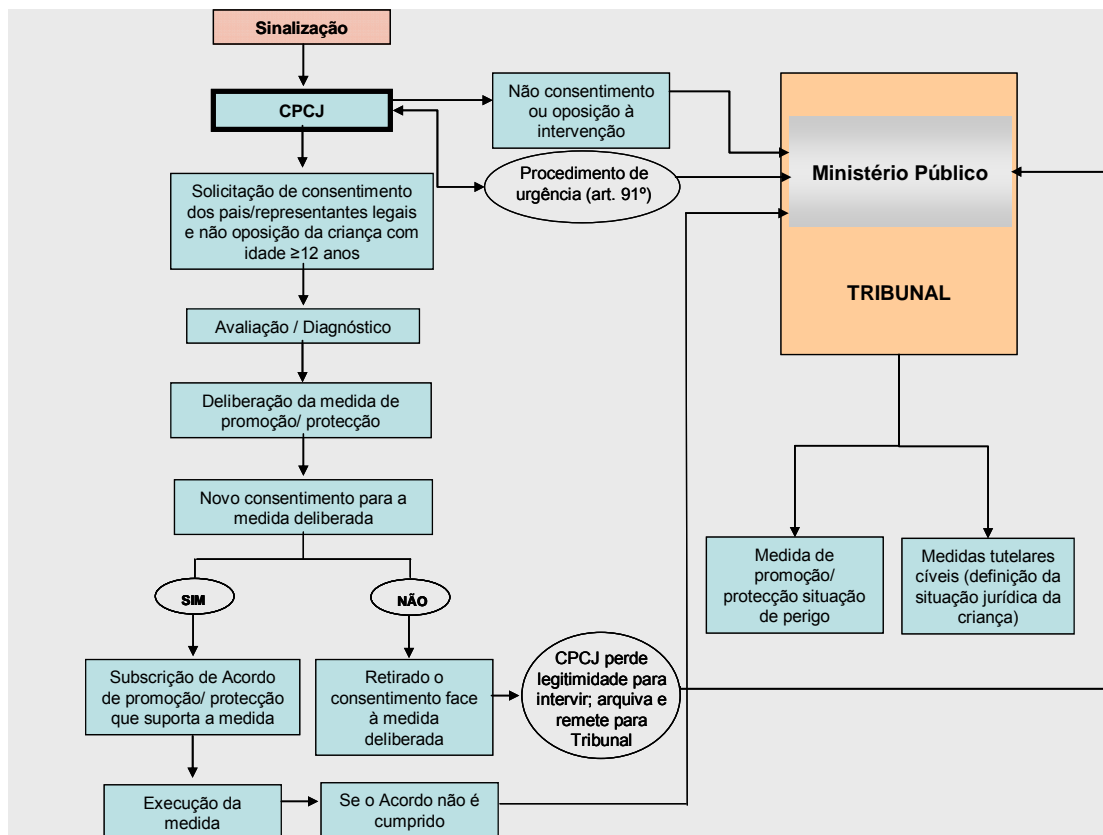
INTERVENÇÃO NAS CPCJ E TRIBUNAIS

As CPCJ são instituições oficiais não judiciais com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança e do jovem ou pôr termo a situações susceptíveis de afectar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral (Anexo XI, [8], art. 12.º).

A intervenção destas entidades depende do consentimento expresso dos pais, representantes legais ou de quem tem a guarda de facto, e da não oposição do menor com idade igual ou superior a 12 anos. Os procedimentos que lhes estão atribuídos encontram-se resumidos na Figura VI.

Após a sinalização de uma determinada situação à CPCJ, e antes desta colher os respectivos consentimentos, poderá fazer algumas diligências sumárias junto da fonte sinalizadora, caso assim se justifique, (como, por exemplo, confirmação do domicílio, frequência escolar, inscrição no CS) de forma a confirmar a eventual existência de perigo.

FIGURA VI: INTERVENÇÃO DAS CPCJ E TRIBUNAIS



Assim:

1 – *Confirmada a existência de perigo:*

- A. A CPCJ colhe o consentimento dos pais, dos representantes legais ou de quem tem a guarda de facto da criança ou do jovem, assim como a sua não oposição quando tem 12 ou mais anos de idade, de forma a legitimar a sua intervenção.
- No âmbito da avaliação e diagnóstico da situação, a CPCJ verifica da necessidade ou não de aplicar uma medida de promoção/protecção a favor da criança ou jovem.
 - Em caso afirmativo, delibera a medida que considera ser a adequada à situação em apreço e, para que a mesma seja aplicada, tem que obter um novo consentimento por parte de quem tem de o prestar.
 - Havendo consentimento, procede-se à subscrição do Acordo de Promoção/Protecção que consubstancia a medida de promoção/protecção a favor da criança ou jovem, cabendo à CPCJ a execução da mesma.
 - Os serviços de saúde (CS ou Hospital) podem, em alguns casos, ser solicitados para subscrever o referido Acordo.
 - Em qualquer situação, - e observando sempre o princípio da privacidade – sendo um serviço de saúde a entidade sinalizadora, deverá ser informado do teor da intervenção para os fins tidos por convenientes.
- B. Quando se confirma a situação de perigo mas a CPCJ não obtém o consentimento por parte dos pais, representantes legais ou de quem tem a guarda de facto da criança, ou haja oposição por parte desta, arquiva o processo e remete a situação para Tribunal, por não ter legitimidade para intervir, solicitando a abertura de processo judicial de promoção/protecção e fundamentando para tal a matéria de perigo existente.
- C. No caso de num primeiro momento a CPCJ obter o consentimento e a não oposição do jovem para intervir, mas o mesmo não se verifica quanto à deliberação da medida, a CPCJ arquiva o processo e remete a situação para Tribunal, solicitando a intervenção judicial.
- D. No caso de o Acordo de Promoção/Protecção deixar de ser cumprido, ou deixar de haver colaboração por parte dos pais, representantes legais ou quem tem a guarda de facto da criança ou pela própria, a CPCJ perde a legitimidade para continuar a assumir a situação e remete-a a tribunal, solicitando a intervenção judicial.
- E. Se, após a sinalização efectuada pela entidade de 1.º nível (por exemplo, o CS), a CPCJ entende que ainda não foram esgotados todos os meios a que aquela pode recorrer para a remoção do perigo em que a criança ou jovem se encontra, pode fazer regressar a situação ao cuidado da mesma, informando-a da sua deliberação.

2 – Não se confirmando a situação de perigo ou a persistência da mesma:

- A. Se após a avaliação diagnóstica a CPCJ verificou que não se confirma a situação de perigo ou que este já não subsiste, arquiva o processo, dando conta da sua deliberação à entidade sinalizadora.
- B. Outra situação que pode ocorrer é a CPCJ entender que o acompanhamento do caso em apreço por parte das entidades de 1.º nível é suficiente e, não havendo matéria de perigo que justifique a sua intervenção, remete o mesmo para aquelas entidades, nomeadamente, os serviços de saúde, mediante a activação da rede social local.
- C. Da avaliação feita pela CPCJ pode ainda resultar a verificação da não existência de matéria de perigo, mas constatar-se da necessidade de se instaurar uma medida tutelar cível a favor da criança ou jovem, pelo que remete a situação para Tribunal (p. ex.: regulação do exercício do poder paternal, pensão de alimentos, tutela, etc.).
- D. A CPCJ pode também accionar um procedimento de urgência (art. 91.º da Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro) caso se verifiquem os requisitos que assim o justifique (ver *Procedimentos em Situação de Urgência*, pag. 38).

3 – Em qualquer caso, e após a sinalização, a CPCJ pode verificar que é territorialmente incompetente para dele tomar conta, remetendo-a assim para a CPCJ da área de residência da criança ou do jovem.

Procedimentos em situações de urgência

Qualquer entidade (CS, Hospital, etc.) pode tomar as medidas adequadas para assegurar a protecção imediata da criança e do jovem, devendo solicitar a intervenção do Tribunal ou das entidades policiais, conforme estabelece o art. 91º da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo ([Anexo XI, \[8\], art. 91.º](#)).

Para se recorrer, assim, a um **procedimento de urgência**, a lei exige a verificação cumulativa de dois requisitos:

- a existência de perigo actual ou iminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem;
- a oposição por parte de quem exerça o poder paternal ou de quem tenha a guarda de facto da criança ou do jovem.

Neste contexto, confere-se às entidades com competência na área da infância e juventude e às CPCJ legitimidade para tomarem as **medidas adequadas** para remover o perigo em que a criança ou jovem se encontra.

Sempre que aplicada, pelas instâncias de primeiro nível, uma medida adequada para remover o perigo deverá, de imediato, comunicar-se por escrito ao magistrado do Ministério Público, solicitando a intervenção judicial ou das entidades policiais. Se a situação surgir fora do horário normal dos serviços, deverá comunicar-se ao magistrado de turno junto do Tribunal de Família e Menores da área de residência do menor¹⁰.

No prazo de **48 horas**, o Tribunal

- ou confirma as medidas tomadas podendo aplicar uma medida de promoção/protecção
- ou determina o que tiver por conveniente para o destino da criança.

Tais medidas adequadas não se confundem com as medidas de promoção/protecção, pois essas são da exclusiva competência das CPCJ, com os devidos consentimentos, e dos Tribunais.

Nas situações de urgência em que não haja oposição dos detentores do poder paternal, ou de quem tenha a guarda de facto, já não se justifica a aplicação deste procedimento e o processo pode iniciar-se na CPCJ, podendo esta aplicar qualquer medida provisória de promoção/protecção que considere adequada à situação em apreço.

Nos procedimentos de urgência não se verifica o Princípio de Subsidiariedade na intervenção, já que – e sendo excepção à regra – o processo inicia-se desde logo no Tribunal correndo o processo judicial de promoção/protecção os tramites legais.

Outros apoios em situações de urgência

Através do Centro Nacional de Atendimento Telefónico/Saúde 24 (808 24 24 24), o público, em geral, e qualquer profissional ou entidade com competência em matéria de infância e juventude pode solicitar informação e orientação a propósito de uma situação suspeita ou confirmada de maus tratos em crianças e jovens (consultar em anexo a listagem de apoio e das CPCJ).

¹⁰ Caso não haja Tribunal de Família e Menores na área de residência da criança/jovem, o processo segue pelo Tribunal de Comarca.

Bibliografia

A Criança Maltratada. Vários autores. Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 1987

Abuso sexual em crianças e adolescentes – estudo exploratório. Direcção-Geral da Saúde, 1998 (documento não publicado)

Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital. Instituto de Apoio à Criança, 2006

Anogenital And Respiratory Tract Human Papillomavirus Infections Among Children: Age, Gender And Potential Transmission Through Sexual Abuse. Pediatrics, Oct 2005, 116; 4: 815-825

Anogenital warts in children: sexual abuse or unintentional contamination? Lisieux Eyer de Jesus, Óscar Luis Lima, Cirne Neto et al. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001, 17 (6): 1383-1391

Articulação entre o PAFAC e Núcleos Hospitalares da Criança Maltratada – Ponto de situação e propostas para o futuro. Instituto para o Desenvolvimento Social/PAFAC, 2001 (documento não publicado)

Atendimento e Encaminhamento, nos Estabelecimentos e Serviços do Sistema Nacional de Saúde, das Crianças e Jovens em Risco. Inspeccção-Geral da Saúde, 2006

Child abuse and neglect – a clinician's handbook. Christopher J. Hobbs, Helga G. I. hanks, Jane M. Wynne. 1st edition – 1993 Churchill Livingstone

Child abuse and neglect. Child Trends, Media Handbook, publication 2004-01

Clínica médico-legal. Teresa Magalhães. Delegação do Porto do Instituto Nacional de Medicina Legal

Constituição da República Portuguesa – Sétima revisão, 2005 (art. 69.º) (Infância)

Criança maltratada, o papel de uma pessoa de referência na sua recuperação – estudo prospectivo de 5 anos. Jeni Canha. 2.^a Ed. Quarteto Editora, 2003

Crianças e Jovens em Risco – Projecto de Intervenção nos Serviços de Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2007 (disponível em <http://www.dgs.pt/>)

Crianças maltratadas, negligenciadas ou praticando a mendicidade. Fausto Amaro. Cadernos do Centro de Estudos Judiciários, 1986

Crianças maltratadas, negligenciadas ou praticando a mendicidade. Fausto Amaro, Eliana Gersão & Armando Leandro. Cadernos do Centro de Estudos Judiciários, 1988

Decreto-Lei n.º 98/98 de 18 de Abril, publicado no DR – I Série – A, n.º 91, da mesma data (*Criação da CNPCJR*)

Defining the children's hospital role in child maltreatment. NACHRI – National Association of Children's Hospitals and Related Institutions, US 2004

Despacho conjunto n.º 891/99, publicado no DR – II Série, n.º 244 de 19/10/1999 (*Intervenção precoce na infância*)

Despacho conjunto n.º 30/2006, publicado no DR – II Série, n.º 8 de 11/01/2006 (*Intervenção precoce na infância*)

Direitos das Crianças. Vários autores. Coimbra Editora, 2005

Effects of early and later family violence on children's behaviour problems and depression: a longitudinal. Multi-informant perspective. Kathleen J. Sternberg, Michael E. Lamb, Eva Guterman and Craig B. Abbott. Child Abuse and Neglect, 2006, 30; 3: 283-306

Famílias e maus tratos às crianças em Portugal. Ana Nunes de Almeida (Coord.). Assembleia da República, 1999

Family Violence Intervention Guidelines – child and partner abuse. Ministry of Health NZ, 2002

Filhos da Madrugada. Sandra N. Alves. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2007

Guia dos direitos da criança. Aurora Fonseca e Ana Perdigão. Instituto de Apoio à Criança 2.ª Ed., 1999

Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo. Anotada e Comentada. Tomé D'Almeida Ramião. Quid Júris, 2003

Lei n.º 12/2005 de 26 Janeiro, publicado no DR – I Série – A, n.º 18, da mesma data (*Informação genética pessoal e informação de saúde*)

Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro, publicado em DR – I Série – A, n.º 204, da mesma data (*Lei de protecção de crianças e jovens em perigo*)

Lei n.º 48/90, publicada no DR – I Série, n.º 195 de 24/08/1990 (*Lei de Bases da Saúde*)

Manual de boas práticas. Um guia para o acolhimento residencial das crianças e jovens. Instituto da Segurança Social, 2006

Manual do Formador – Formação dos membros das Comissões de Protecção das Crianças e Jovens. Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens, 2006 (*documento não publicado*)

Maus tratos em Crianças e Jovens – Intervenção da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (Grupo de Trabalho), 2007 (*documento não publicado*)

Maus tratos em crianças e jovens. Teresa Magalhães. 3.ª Ed. Quarteto Editora, 2004

Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Direcção-Geral da Saúde, 2004

Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 2006

Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010. Direcção-Geral da Saúde, 2006 (*documento não publicado*)

Promotion and protection of the rights of children. General Assembly of United Nations, 61st session, Aug 2006

Relatório Anual. Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco, (vários anos) (disponível em www.cnpcjr.pt)

Resolução da Assembleia da República n.º 20/90, publicada no DR – I Série, n.º 211 de 12/09/1990 (*Convenção dos Direitos da Criança*)

Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/92, publicada no DR – I Série – B, n.º 189 de 18/08/1992 [*Projecto de Apoio à Família e à Criança (PAFAC)*]

Saúde Infantil e Juvenil – Programa-tipo de actuação. Orientações Técnicas 12. Direcção-Geral da Saúde, 2002

Sexual transmitted diseases in sexually abused children: medical and legal implications. Margaret R Hammerschlag. Sex Transm Inf 1998; 74: 167-174

Síntese do relatório anual de avaliação da actividade das comissões de protecção de crianças e jovens. Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco, 2006 (*documento não publicado*)

The prevalence of genital human papillomatosis in abused and nonabused preadolescent girls. Catherine Stevens-Simon, Donna Nellingan, Paula Breese et al. Pediatrics, Oct 2000, 106; 4: 645-649

World report on violence against children. Paulo S. Pinheiro. Secretary-General's Study on Violence against Children, United Nations, 2006

World report on violence and health. Krug EG et al., World Health Organization, 2002

ANEXOS

ANEXO I

FACTORES DE RISCO E FACTORES DE PROTECÇÃO PARA OS MAUS TRATOS

Os factores de risco e de protecção enumerados não constituem, por si só, determinantes das situações de maus tratos. Para além destes, é de sublinhar a existência um conjunto vasto de elementos que, conforme as circunstâncias e a forma equilibrada ou desequilibrada como se desenvolvem, contribuem positiva ou negativamente para incrementar ou evitar o risco. Assim, na avaliação das situações é fundamental atender-se ao facto de que os factores de risco e de protecção constituem um campo de forças, interagindo entre si, devendo imperar uma ponderação criteriosa e o bom senso dos profissionais ou equipa.

Características da criança/jovem que podem potenciar contextos de risco

Crianças/jovens portadores de necessidades de saúde especiais (deficiência física ou mental)
Prematuridade, em particular quando implica estar separado dos cuidadores no período neonatal
Crianças não desejadas pelos pais
Temperamento "difícil"
Crianças com dificuldades de aprendizagem ou "sobredotadas"

Características da criança/jovem que podem ser factores protectores

Crianças saudáveis e atractivas
Ter desejo de autonomia e comportamentos exploratórios
Ter capacidade de pedir ajuda quando necessário
Crianças com competências adaptativas

Expectativas/percepções dos cuidadores sobre a criança/jovem que podem potenciar contextos de risco

Percepção de que a criança é má, manipuladora ou difícil de educar
Criança com características físicas e/ou comportamentais semelhantes a alguém cujos pais/cuidadores não gostam
Pais/cuidadores que competem com a criança pela atenção e afecto que lhes é dedicado
Expectativas não realistas em relação à criança (escolares, desportivas, etc.)
Quando o sexo da criança não corresponde às expectativas dos pais/cuidadores

Características do sistema familiar que podem potenciar contextos de risco

Situações de adopção ou famílias reconstituídas com fratria diversa
Contextos de violência doméstica
Pais abusados ou negligenciados em criança
Problemas de saúde mental
Alcoolismo e/ou toxicod dependência
Pais/cuidadores envolvidos em processos legais ou a cumprir pena
Crianças institucionalizadas
Ausência de redes familiares e sociais de apoio
Contextos de crise (por exemplo, morte, separação, desemprego, etc.)
Pais adolescentes
Padrões educacionais agressivos ou violentos
"Desenraizamento" cultural e social (migrantes)
Pais com vida social e/ou profissional intensa
Más condições habitacionais (sobrelotação/promiscuidade)

Características da dinâmica familiar/relacional e do contexto social que podem ser factores protectores

Vinculação segura com pelo menos um dos cuidadores

Relação afectiva securizante com um adulto significativo

Rede familiar e social de apoio

Comunidade com recursos de educação, saúde, ocupação de tempos livres, etc.

ANEXO II

SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS AOS MAUS TRATOS EM GERAL

Os sinais, sintomas e história adiante descritos não estabelecem, por si sós, diagnósticos de situações de maus tratos. Podem, contudo, constituir indícios de situações de maus tratos, em particular quando coexistem vários destes aspectos.

História

Passado de abuso ou violência familiar
Exposição a violência familiar, pornografia, abuso de álcool e drogas
Pais abusados em criança
Isolamento e ausência de rede social de suporte
Oprimir, humilhar e/ou aterrorizar
Doença mental (ex. depressão pós-parto)
Disciplina inconsistente ou desadequada
Factores de *stress* social graves
Demora no recurso aos cuidados
Justificação inconsistente com as lesões
Promover dependência excessiva na criança
Recusa activa na procura de cuidados médicos
Expectativas não realistas em relação à criança (escolares, desportivas, etc.)
Procura frequente de cuidados em locais diferentes (sintomas dificilmente explicáveis e pedido de exames complementares)

Sinais físicos

Perturbações do desenvolvimento psicomotor com atraso de crescimento (*Failure to thrive – FTT*)
Deficiente higiene
Desidratação ou má nutrição
Envenenamento (especialmente se recorrente)
Fracturas com padrões específicos, especialmente em crianças, ou calos ósseos correspondentes a fracturas anteriores
Fracturas das metáfises dos ossos longos (*corner fracture*)
Fracturas das costelas – posterior ou lateral
Lesões do sistema nervoso central em crianças (hematoma, edema cerebral, principalmente em crianças com menos de 1 ano de idade)
Múltiplas lesões, especialmente de diferentes estádios de evolução: equimoses, vergões na pele, cortes, abrasões, etc.
Queimaduras, em particular se com distribuição anormal (padrão “luva e meia” ou formato de objecto identificável)
Lesões genitais
Infecções de transmissão sexual
Gravidez

Sinais comportamentais e de desenvolvimento

Atrasos de desenvolvimento (a nível motor, emocional, social, cognitivo, linguagem, visual e auditivo)
Agressividade
Ansiedade e comportamentos regressivos (mudanças súbitas no padrão de comportamento, alteração do rendimento escolar)
Obsessões
Tristeza e medo
Comportamentos de desafio
Ideação suicida
Desvinculação da família
Abuso de substâncias
Comportamentos de auto-mutilação
Comportamentos *sexualizados*
Comportamento excessivamente responsável

ANEXO III

SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS À NEGLIGÊNCIA

Os sinais e sintomas adiante descritos não estabelecem, por si sós, diagnósticos de situações de maus tratos. Podem, contudo, constituir indícios de situações de negligência, em particular quando coexistem vários destes aspectos.

Sinais

Carência de higiene (*tendo em conta as normas culturais e o meio familiar*):

- sujidade das unhas, picadas múltiplas de insectos
- eritema perineal prolongado ou recorrente

Inexistência de rotinas (nomeadamente, alimentação e ciclo sono/vigília)

Vestuário desadequado em relação à estação do ano e lesões consecutivas a exposições climáticas adversas

Infecções recorrentes ou persistentes sem causa determinada

Intoxicações acidentais repetidas

Doença crónica sem cuidados adequados (falte de adesão a programa de vigilância e terapêutica programados)

Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas

Atraso e/ou incumprimento do Programa de Saúde Infantil e Juvenil e/ou no do Programa de Vacinação

Sinais físicos de negligência prolongada (*quando a investigação médica exclua qualquer razão patológica para tal*):

- progressão ponderal deficiente
- cabelo fino
- abdómen proeminente
- arrefecimento persistente
- mãos e pés avermelhados
- atraso no desenvolvimento sexual

Sintomas

Atraso no desenvolvimento e nas aquisições sociais:

- linguagem
- motricidade
- socialização

Perturbações do sono, sonolência, apatia, depressão, agressividade

Perturbações do comportamento alimentar e comportamentos bizarros (por exemplo, roubar alimentos ou comer obsessivamente)

Dificuldades na aprendizagem e absentismo escolar sem justificação

ANEXO IV

SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS AO MAU TRATO FÍSICO

Os sinais e indicadores adiante descritos não estabelecem, por si sós, diagnósticos de situações de maus tratos. Podem, contudo, constituir indícios de situações de mau trato físico, em particular quando coexistem vários destes aspectos.

Sinais

Lesões com diferentes estádios de evolução (por exemplo, equimoses e hematomas com diferentes colorações)

Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fractura)

Fractura de costelas e corpos vertebrais, fractura de metáfise (*corner fracture*)

Traumatismo craniano em criança menor de 1 ano de idade

Lesões em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo acidental (equimoses ou outros ferimentos na face, à volta dos olhos, orelhas, boca e pescoço ou na parte proximal das extremidades, genitais e nádegas)

Lesões em diferentes localizações, não sendo localização própria de lesão acidental

Lesões desenhando marcas de objectos (por exemplo, marcas de fivela, corda ou régua)

Queimaduras múltiplas e/ou simulando acto voluntário, actuais ou cicatrizadas (por exemplo, queimadura de cigarro na palma da mão, na planta do pé, genitais e nádegas ou padrão "luva e meia" correspondente a imersão forçada) e com fácil identificação do objecto causador (por exemplo, ferro de engomar)

Alopécia traumática

Outras lesões de diagnóstico mais complexo (neurológicas, oftalmológicas e viscerais), mas que devem ser pesquisadas se existe suspeita de maus tratos

Indicadores

História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão

Explicações contraditórias ou discordantes pelos diferentes cuidadores face à situação

Demora na procura de cuidados médicos

História de lesões repetidas

Faltas frequentes à escola (enquanto aguardam a cura das lesões)

ANEXO V

SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS AO ABUSO SEXUAL

Os sinais e sintomas adiante descritos não estabelecem, por si sós, diagnósticos de situações de maus tratos. Podem, contudo, constituir indícios de situações de abuso sexual, em particular quando coexistem vários destes aspectos.

Sinais

Lesões externas dos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infecção) – as lesões genitais têm uma cicatrização muito rápida e completa

Leucorreia vaginal persistente ou recorrente

Laceração do hímen

Hemorragia vaginal ou anal

Laxidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais

Infecção sexualmente transmissível

A presença de verrugas ou condilomas perineais e anais deve conduzir a uma investigação cuidadosa para confirmação ou exclusão do abuso

Sexo feminino: vulva (principalmente rafe posterior)

Sexo masculino: pele e sulco balano-prepucial, glande (podem coexistir balanite e parafimose)

Equimoses e ou petéquias na mucosa oral e/ou lacerações do freio dos lábios

Infecções urinárias de repetição

Presença de esperma no corpo ou roupa da criança/jovem

Presença de sangue de outra pessoa ou substâncias estranhas, como lubrificantes, no corpo ou na roupa da criança/jovem

Gravidez

Sintomas gerais

Dor na região vaginal ou anal

Prurido vulvar

Disúria

Obstipação e encopresis

Enurese secundária

Sintomas nas crianças

Condutas sexualizadas:

- interesse e conhecimentos desadequados sobre questões sexuais (uso de linguagem desapropriada para a idade)
- masturbação compulsiva
- desenhos ou brincadeiras sexuais específicas

Perturbações funcionais:

- apetite: anorexia, bulimia
- terrores nocturnos
- regulação dos esfíncteres: enurese e/ou encoprese
- dores abdominais recorrentes e inexplicáveis

Obediência exagerada aos adultos e preocupação em agradar

Dificuldade no relacionamento com outras crianças

Comportamentos agressivos

Sintomas nos jovens

Comportamentos aparentemente bizarros:

- dormir vestido com roupa de dia
- urinar de propósito a cama esperando que os lençóis molhados evitem que o abusador as/os toque
- destruir e ocultar características pessoais que possam ser atractivas
- recusa em tomar banho ou despir nos vestiários
- recusa em ir à escola ou em voltar para casa

Perturbações do foro sexual:

- comportamentos eróticos desadequados (por exemplo, masturbação em frente dos outros, interações sexuais com os companheiros, abuso sexual de crianças mais pequenas, condutas sedutoras com adultos)
 - repulsa em relação à sexualidade
-

Outras perturbações:

- depressão
- auto-mutilação
- comportamento ou ideação suicida
- fuga

Comportamentos *desviantes*:

- abuso de álcool e drogas
 - delinquência
 - prostituição
-

ANEXO VI

SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS AO MAU TRATO PSICOLÓGICO

Os sinais e sintomas adiante descritos não estabelecem, por si sós, diagnósticos de situações de maus tratos. Podem, contudo, constituir indícios de situações de mau trato psicológico, em particular quando coexistem vários destes aspectos.

Sinais

Deficiência não orgânica de crescimento, com baixa estatura

Auto-mutilação

Sintomas (dependem do grupo etário)

Perturbações funcionais:

- apetite (anorexia, bulimia)
- sono (terrores nocturnos, falar em voz alta durante o sono, posição fetal)
- controle dos esfíncteres (enurese, encompresse)
- choro incontrolável no primeiro ano de vida
- cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente
- interrupção da menstruação na adolescência

Perturbações cognitivas e relacionais:

- atraso no desenvolvimento da linguagem
- perturbações da memória para as experiências do abuso
- baixa auto-estima e sentimentos de inferioridade
- alterações da memória, concentração e atenção
- dificuldades de aprendizagem
- sentimentos de vergonha e culpa
- medos, pesadelos e alucinações concretos ou inespecíficos
- perturbações na maturidade emocional (excessivamente infantil ou excessivamente adulto)
- dificuldade em lidar com situações de conflito
- excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afectivas interpessoais (isolamento, afastamento dos amigos e familiares, hostilidade, falta de confiança nos adultos, agressividade, manifestações de raiva contra pessoas específicas)
- relações sociais passivas, escassas ou conflituosas e ausência de resposta ante estímulos sociais

Perturbações do comportamento:

- desinteresse total pela imagem (higiene, roupa, aspecto)
 - falta de curiosidade (ausência de comportamento exploratório)
 - défice na capacidade de brincar, jogar e divertir-se
 - fugas de casa ou relutância em regressar a casa
 - comportamentos de evitação, docilidade excessiva, passividade ou comportamentos negativistas e/ou violentos (com agressões físicas a outras crianças ou adultos, incluindo o abusador e a família)
 - comportamentos obsessivos
 - comportamentos bizarros (por exemplo, colocar brinquedos e móveis diante da porta do quarto para protecção contra supostas agressões)
 - acidentes muito frequentes
-

-
- problemas escolares, nomeadamente, mau rendimento académico, retenções de ano frequentes, faltas, fugas, punições, etc.
 - comportamentos entendidos como desviantes (delinquência, abuso de álcool ou drogas, prostituição)
 - tristeza e perturbações do sono
 - Mudanças súbitas de comportamento e humor
-

ANEXO VII

PROCEDIMENTOS: ENTREVISTA

Para o diagnóstico de situações de maus tratos, é essencial uma correcta colheita de dados anamnésicos. O profissional de saúde tem por dever o tratamento da criança e da família/cuidadores e, sempre que necessário, a referenciação do caso a quem de direito; cabe-lhe, ainda, proporcionar um ambiente seguro até um completo esclarecimento e orientação.

Em situação de entrevista, o profissional de saúde deve:

- Assegurar a privacidade e confidencialidade
- Não culpabilizar a família
- Não envergonhar a família
- Dar suporte e não criar dependência
- Aplicar escuta activa
- Promover, no decurso da intervenção, as capacidades e competências da família
- Tratar dignamente a família mesmo nos casos mais complexos
- Facilitar a colaboração e envolvimento da família na intervenção

Negligência

A negligência é uma forma muito insidiosa de abuso e de diagnóstico difícil. Inclui o dano físico (acidente) e a ausência de cuidados e/ou de afecto; implica a falha dos pais ou de quem os substitua no cumprimento dos direitos da criança, nomeadamente, em relação aos cuidados de saúde, segurança, bem-estar físico e afectivo. As situações de negligência são mais comuns em crianças com idade inferior a 5 anos, mas podem estender-se até à adolescência. Nos casos de negligência, a criança encontra-se privada da satisfação das suas necessidades emocionais, físicas e sociais, fundamentais ao seu desenvolvimento. Sendo a infância um período muito vulnerável da vida, a privação destes direitos pode ter consequências muito graves de morbilidade e mortalidade.

A negligência surge muitas vezes associada a circunstâncias sociais adversas, podendo estar presentes alguns dos seguintes aspectos do contexto familiar:

- Pais negligenciados
- Desemprego ou precariedade profissional mas também pais com vida social e/ou profissional muito intensa
- Ausência de projectos de vida definidos para os próprios e para os filhos
- Condições precárias e pouco seguras de habitabilidade
- Relutância em aceitar ajuda
- Depressão, isolamento social, ausência de rede familiar e social de apoio

A negligência pode, ainda, ocorrer por "incompetência secundária", isto é, resulta de circunstâncias adversas como doença psiquiátrica, alcoolismo, etc. Os padrões de negligência podem ser avaliados através de exame físico e da avaliação do desenvolvimento da criança e da observação das interacções com os acompanhantes.

Maus tratos físicos

Em situações de mau trato físico, o perigo está directamente associado com a idade da criança. Uma pequena equimose não valorizada num lactente pode ser um factor de risco para abusos posteriores que podem ser graves ou mesmo fatais. Ainda que, regra geral, os pais não pretendam causar lesões graves, a situação deve ser avaliada tendo em atenção a vulnerabilidade da criança (a maioria das crianças maltratadas tem entre 0 e 4 anos; 70% das lesões da cabeça graves ou fatais ocorre em crianças com idade inferior a 1 ano, como, por exemplo, a *síndrome da criança abanada*).

A maioria das situações de mau trato físico ocorre quando os pais perdem o controlo, mas outras correspondem a comportamentos sádicos e premeditados (por exemplo, queimaduras com pontas de cigarro).

Indicadores sugestivos de maus tratos:

- História incongruente
- Demora na procura de cuidados médicos (especialmente em casos de fracturas ou queimaduras)
- Negação dos sintomas (ou dor) por parte dos adultos
- Aferir da existência de múltiplos internamentos e acidentes
- Família em situação de crise

É importante ter em atenção que a negação do abuso físico pode, também, constituir um mecanismo de defesa psicológico para reduzir o sentimento de culpa do agressor/a perante o diagnóstico.

Abuso sexual

Para a avaliação das situações de abuso sexual é essencial a recolha de informação junto dos acompanhantes e, num outro momento, junto da criança. É desejável que a entrevista decorra em ambiente calmo, empático e seguro. A linguagem deve ser adequada à idade e desenvolvimento da criança. É essencial conhecer as etapas do desenvolvimento infantil e saber avaliar a capacidade verbal e de comunicação da criança (note-se que esta competência poderá ser afectada pela situação de mau trato).

É fundamental conhecer as barreiras impostas à criança (o segredo, a sensação do errado, as ameaças causadoras de sintomatologia psicológica e psicossomática). É, por isso, muito importante estar atento à linguagem gestual da criança e saber lidar com o medo e o embaraço; não recriminar e não fazer interpretações imediatas. Frequentemente a criança retrai-se e não se mostra disponível para falar sobre o abuso; a situação poderá ser ainda mais complicada se o abuso surge num contexto afectivo relevante para a criança ou quando o contacto sexual lhe dá efectivamente prazer.

É importante que o profissional de saúde saiba que não é na primeira entrevista que a criança começa o processo psicoterapêutico necessário; para tal, deverá ser encaminhada para um técnico da especialidade.

Deve saber o nome que a criança dá às diversas partes do corpo e usar essa informação na condução da entrevista. As crianças têm pouca noção do tempo, por isso pode-lhes ser difícil definir temporalmente as situações. Recomenda-se que se utilize marcos que permitam à criança localizar-se mais facilmente (por exemplo, *foi antes ou depois do Natal?*). Ser-lhe-á também mais fácil recordar factos recentes e aspectos centrais em oposição a detalhes e memórias antigas (é normal que a criança recorde a última vez em que ocorreu o abuso mas não consiga descrever quando ou como tudo começou).

Na sociedade actual, as crianças estão quotidianamente expostas a mensagens com conteúdo erótico, mais ou menos explícito. Contudo, as mais novas, nunca tendo sido colocadas em situações que consubstanciem abuso sexual, não fantasiam sobre actos desse tipo, pelo que, quando tal é sugerido, há que investigar o que se passa.

ANEXO VIII

PROCEDIMENTOS: OBSERVAÇÃO

A observação é outra etapa fundamental para o diagnóstico de situações de maus tratos. É importante estar atento à expressão comportamental da criança mas também às interacções que estabelece com os pais/acompanhantes. A observação deverá incluir uma avaliação 1) do estado físico da criança (pele, cabelo, unhas, roupa, etc.), 2) do crescimento e desenvolvimento, 3) do estado emocional da criança e 4) do estado emocional dos pais (relação pais/filho).

Negligência

O mau trato por negligência pode ser de carácter físico, psicoafectivo e/ou educativo.

Devem ser observados aspectos do estado físico da criança (higiene, alimentação, vestuário, infecções recorrentes e persistentes, etc.); aspectos do crescimento e desenvolvimento (competências cognitivas, afectivas e comportamentais); e aspectos do contexto social (frequência e assiduidade escolar, mendicidade, etc.).

Maus tratos físicos

As lesões decorrentes de maus tratos físicos podem ser:

Superficiais, nomeadamente sinais de sufocação, marcas de tentativa de esganadura, equimoses (por vezes com formas bizarras provocadas com cinto ou chinelo), queimaduras (provocadas por ponta de cigarro, ferro de engomar ou sugestivas de imersão forçada em água quente).

Para validar a veracidade da história clínica fornecida é importante fazer uma avaliação da evolução das lesões superficiais e determinar a idade das mesmas.

Profundas, nomeadamente hematomas (cefalohematomas).

Fracturas: uma fractura é sempre dolorosa e leva a uma perda de função, pelo menos no início. Se a criança não se queixa pode estar assustada ou instruída para não demonstrar dor o que pode sugerir que a lesão resultou de mau trato. O diagnóstico de fracturas pode ser dificultado pelo facto de, em muitos casos, tratar-se de fracturas sem lesão superficial e/ou fracturas incompletas ("em ramo verde"); nestas situações podem não estar presentes os sinais clássicos. Muitas vezes estas fracturas só são detectadas à posteriori, no decurso de exames radiológicos (calo ósseo). A fractura em espiral é muito sugestiva de rotação forçada dos membros.

Não esquecer, no entanto, que as lesões acidentais são muito frequentes na criança o que dificulta o diagnóstico diferencial, no entanto, fracturas múltiplas com calos ósseos de idade diferente são muito sugestivas de maus tratos.

Lesões intra cranianas são a primeira causa de morte resultante do abuso físico. As mais frequentes são a hemorragia subdural e a hemorragia retiniana (síndrome do bebé abanado) – devem ser pesquisadas se há suspeita de abuso físico.

Lesão intra abdominal com contusão e/ou perfuração do estômago ou do intestino, com laceração ou contusão do fígado, baço ou rim e hematoma retroperitoneal representa a segunda causa de morte em situações de abuso físico; estas situações são de diagnóstico muito difícil.

Abuso sexual

As lesões resultantes do abuso sexual dependem do tipo de acto praticado, do intervalo entre o abuso e a observação e da força utilizada. Podem assim observar-se grandes lesões, microtraumatismos ou normalidade.

É importante ter em atenção que a maior parte das lesões têm cicatrização rápida e completa, e que muitos casos decorrem sem lesão anatómica. Assim, é obrigatório pensar em termos de diagnóstico diferencial (abuso – acidente - outra patologia).

Nestes casos, o exame à criança deverá ser feito na presença de vários técnicos não devendo ser repetido para evitar a vitimização secundária e a destruição de vestígios. A fotografia das lesões ou o vídeo poderão ter interesse legal e evitar

novas observações sempre traumatizantes para a criança.

Na presença de alterações anatómicas ou lesões deverá equacionar-se a sedação / anestesia geral com o objectivo de um tratamento não doloroso e uma colheita de provas que minimize o trauma para a criança.

Quando a probabilidade de abuso é elevada (com exame físico normal ou com alterações) deve proceder-se ao rastreio de infecções sexualmente transmissíveis. Se for confirmado o abuso por indivíduo com infecção VIH, deve de imediato referenciar-se a criança a serviço hospitalar para eventual terapêutica profilática da transmissão desta infecção. Em crianças após a menarca, deve efectuar-se a DIG, para detectar eventual gravidez e proceder de acordo (contracepção de emergência e/ou eventual IVG).

ANEXO IX

MAUS TRATOS EM CRIANÇAS: AVALIAÇÃO E RESPOSTA

Os maus tratos têm profundo impacto no desenvolvimento físico, cognitivo, emocional, comportamental e social da criança/jovem. A duração e intensidade dos efeitos obrigam a um forte investimento, por parte dos serviços de saúde, na detecção e intervenção atempada destas situações.

Identificação

Recomenda-se que se proceda a uma análise cuidada da história da criança, em particular quando há sinais ou sintomas sugestivos de maus tratos (intervenção inicial mínima).

Suporte emocional em caso de suspeita ou vítima confirmada

É importante que o profissional de saúde diga à criança:

- que ninguém merece ser maltratado ou negligenciado
- que ela não tem culpa
- que vai procurar ajuda para ela e para a sua família
- que pode procurá-lo a qualquer altura e sempre que precisar

Na relação que estabelece com os pais ou quem tem a guarda de facto da criança recomenda-se que:

- Não sejam discutidas as medidas de intervenção a tomar se 1) não estiverem garantidas as condições de segurança para o profissional ou para a criança e/ou se 2) a família não colaborar, dificultando a intervenção
- Se as circunstâncias permitirem recomenda-se que o assunto seja abordado com sensibilidade procurando a colaboração dos pais ou de quem tem a guarda de facto da criança no estabelecimento das medidas de remoção do perigo.

Em caso de dúvida sugere-se que discuta o assunto com um colega mais experiente na matéria.

Avaliação do risco

É necessária a protecção imediata nas situações em que:

- a criança foi gravemente maltratada
- há perigo para a vida da criança
- o mau trato é recorrente e pode agravar-se
- o contexto em que a criança vive não é seguro

Avalie o risco de comportamentos auto-agressivos ou suicídio

Avalie se há co-ocorrência de outras violências no contexto familiar

Estabelecer plano de segurança e referenciar

Se há perigo eminente para o profissional de saúde ou para a criança contacte as autoridades policiais.

Caso não haja perigo eminente e não está seguro quanto à melhor forma de proceder aconselhe-se com um colega mais experiente na matéria.

Documentar

Documente a aspectos relevantes da situação, assim como as suas dificuldades e preocupações.

Referenciar

Se necessário, referencie a criança/jovem para outros colegas ou entidades de 1.º nível, ou se não for possível remover o perigo solicite a intervenção da CPCJ da área de residência da criança/jovem.

ANEXO X

NORMAS DE BOAS PRÁTICAS NA IDENTIFICAÇÃO

Recomenda-se avaliação cuidadosa das situações em que há suspeita de maus tratos, por aferição da presença de sinais e sintomas ou por estarem reunidos múltiplos factores que caracterizam contextos de risco.

Comunicar com a criança/jovem

É fundamental abordar e falar com a criança/jovens ao nível apropriado para a sua idade e desenvolvimento. Para tal é necessário garantir as condições de privacidade necessárias.

Como é que são as coisas em casa?

O que é que acontece em tua casa quando as pessoas não concordam umas com as outras?

O que é que acontece em tua casa quando as coisas correm mal?

O que é que acontece quando os teus pais/cuidadores se zangam contigo?

Quem faz as regras e o que é que acontece quando quebras as regras?

Comunicar com os pais/família ou quem tem a guarda de facto da criança/jovem

Na comunicação com os pais ou cuidadores é fundamental criar um ambiente *securizante*, utilizar perguntas abertas e **não julgar**.

Costuma recear pela segurança do seu filho?

Quem toma conta do seu filho quando não está em casa?

Que métodos de disciplina utiliza com o seu filho?

O que faz quando o seu filho se porta mal?

Já magoou o seu filho?

Sabe onde procurar ajuda?

ANEXO XI

LEGISLAÇÃO RELEVANTE

- [1] **Constituição da República Portuguesa - Art.. 69.º** – “As crianças têm direito à protecção do Estado e da sociedade”
- [2] **Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC)**, aprovada pela **Resolução da Assembleia da República n.º 20/90**, de 12 de Setembro
- [3] **Art.. 3.º n.º 1 da CDC** – “Todas as decisões relativas a crianças, adoptadas por instituições públicas ou privadas de protecção social, por tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, terão primordialmente em conta o interesse superior da criança”
- [4] **Art.. 19.º da CDC** – “Os Estados Parte tomam as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas adequadas à protecção da criança contra todas as formas de violência física, mental, dano, sevícia, maus tratos, incluindo a violência sexual”
- [5] **Lei de Bases da Saúde – Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto – Base II – alínea c)** – “São tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os idosos, os deficientes e os toxicodependentes”
- [6] **Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/92, de 18 de Agosto** – Criação do Projecto de Apoio à Família e à Criança - PAFAC
- [7] **DL n.º 98/98, de 18 de Abril** – Cria a Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco
- [8] **Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro** – Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (*texto integral no final deste anexo*)
- [9] **DL n.º 11/2008, de 17 de Janeiro** – Regulamenta a medida de promoção/protecção do acolhimento familiar
- [10] **DL n.º 12/2008, de 17 de Janeiro** – Regulamenta as medidas de promoção/protecção em meio natural de vida
- [11] **Lei n.º 133/99, de 28 de Agosto** – Alteração ao DL n.º 314/78 de 27 de Outubro (Organização Tutelar de Menores) em matéria de processos tutelares cíveis
- [12] **Lei n.º 31/2003, de 22 de Agosto** – Altera o regime jurídico da adopção
- [13] **Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro** – Lei de Protecção de Dados Pessoais
- [14] **Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril** – Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez, altera o artigo 142.º do Código Penal (*ver adiante*)

Código Penal, aprovado pelo DL n.º 400/82, de 23 de Setembro, com as alterações introduzidas pelos seguintes diplomas legais:

- [15] **DL n.º 48/95, de 15 de Março**
- [16] **Lei n.º 65/98, de 2 de Setembro**
- [17] **Lei n.º 99/2001, de 25 de Agosto**
- [18] **Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril**
- [19] **Lei n.º 59/2007, de 4 de Setembro**

CÓDIGO PENAL

(versão dada pela Lei nº 59/2007, de 4 de Setembro, que opera a revisão do Código Penal aprovada pelo DL n.º 400/82, de 23 de Setembro)

[20] Art. 38.º - Consentimento

1. Além dos casos especialmente previstos na lei, o consentimento exclui a ilicitude do facto quando se referir a interesses jurídicos livremente disponíveis e o facto não ofender os bons costumes.
2. O consentimento pode ser expresso por qualquer meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida do titular do interesse juridicamente protegido, e pode ser livremente revogado até à execução do facto.
3. O consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta.
4. Se o consentimento não for conhecido do agente, este é punível com a pena aplicável à tentativa.

[21] Art. 39.º - Consentimento presumido

1. Ao consentimento efectivo é equiparado o consentimento presumido.
2. Há consentimento presumido quando a situação em que o agente actua permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no facto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado.

(Dos crimes contra a vida intra-uterina)

[22] Art. 142.º - Interrupção da gravidez não punível

1. Não é punível a interrupção da gravidez efectuada por médico, ou sob a sua direcção, em estabelecimento e saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando:
 - a) Constituir o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida;
 - b) Se mostrar indicada para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida e for realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez;
 - c) Houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo;

- d) A gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas;
 - e) For realizada por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.
2. A verificação das circunstâncias que tornam não punível a interrupção da gravidez é certificada em atestado médico, escrito e assinado antes da intervenção por médico diferente daquele por quem, ou sob cuja direcção, a interrupção é realizada, sem prejuízo do disposto no número seguinte.
 3. Na situação prevista na alínea e) do n.º 1, a certificação referida no número anterior circunscreve-se à comprovação de que a gravidez não excede as 10 semanas.
 4. O consentimento é prestado:
 - a) Nos casos referidos nas alíneas a) a d) do n.º 1, em documento assinado pela mulher grávida ou a seu rogo e, sempre que possível, com a antecedência mínima de três dias relativamente à data da intervenção;
 - b) No caso referido na alínea e) do n.º 1, em documento assinado pela mulher grávida ou a seu rogo, o qual deve ser entregue no estabelecimento de saúde até ao momento da intervenção e sempre após um período de reflexão não inferior a três dias a contar da data da realização da primeira consulta destinada a facultar à mulher grávida o acesso à informação relevante para a formação da sua decisão livre, consciente e responsável.
 5. No caso de a mulher grávida ser menor de 16 anos ou psiquicamente incapaz, respectiva e sucessivamente, conforme os casos, o consentimento é prestado pelo representante legal, por ascendente ou descendente ou, na sua falta, por quaisquer parentes da linha colateral.
 6. Se não for possível obter o consentimento nos termos dos números anteriores e a efectivação da interrupção da gravidez se revestir de urgência, o médico decide em consciência face à situação, socorrendo-se, sempre que possível, do parecer de outro ou outros médicos.
 7. Para efeitos do disposto no presente artigo, o número de semanas de gravidez é comprovado ecograficamente ou por outro meio adequado de acordo com as leges artis.

(Dos crimes contra a integridade física)

[23] Art. 152.º (Violência doméstica)

1. Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais:
 - a) Ao cônjuge ou ex-cônjuge;
 - b) A pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação;
 - c) A progenitor de descendente comum em 1º grau; ou

- d) A pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite;
- é punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.
2. No caso previsto no número anterior, se o agente praticar o facto contra menor, na presença de menor, no domicílio comum ou no domicílio da vítima é punido com pena de prisão de dois a cinco anos.
 3. Se dos factos previstos no n.1 resultar:
 - a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos;
 - b) A morte, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.
 4. Nos casos previstos nos números anteriores, podem ser aplicadas ao arguido as penas acessórias de proibição de contacto com a vítima e de proibição de uso e porte de armas, pelo período de seis meses a cinco anos, e de obrigação de frequência de programas específicos de prevenção da violência doméstica.
 5. A pena acessória de proibição de contacto com a vítima pode incluir o afastamento da residência ou do local de trabalho desta e o seu cumprimento pode ser fiscalizado por meios técnicos de controlo à distância.
 6. Quem for condenado por crime previsto neste artigo pode, atenta a concreta gravidade do facto e a sua conexão com a função exercida pelo agente, ser inibido do exercício do poder paternal, da tutela ou da curatela por um período de um a dez anos.

[24] **Art. 152.º A (Maus tratos)**

1. Quem, tendo ao seu cuidado, à sua guarda, sob responsabilidade da sua direcção ou educação ou a trabalhar ao seu serviço, pessoa menor ou particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença ou gravidez, e:
 - a) Lhe infligir, de modo reiterado ou não, maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais, ou a tratar cruelmente;
 - b) A empregar em actividades perigosas, desumanas ou proibidas; ou
 - c) A sobrecarregar com trabalhos excessivos;é punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.
2. Se dos factos previstos nos números anteriores resultar:
 - a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos;
 - b) A morte, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.

(Dos crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual)

Crimes contra a liberdade sexual

[25] **Art. 163.º (Coacção sexual)**

1. Quem, por meio de violência, ameaça grave, ou depois de, para esse fim, a ter tornado inconsciente ou posto na impossibilidade de resistir, constranger outra pessoa a sofrer ou a praticar, consigo ou com outrem, acto sexual de relevo é punido com pena de prisão de um a oito anos.
2. Quem, por meio não compreendido no número anterior e abusando de autoridade resultante de uma relação familiar, de tutela ou curatela, ou de dependência hierárquica, económica ou de trabalho, ou aproveitando-se de temor que causou, constranger outra pessoa a sofrer ou a praticar acto sexual de relevo, consigo ou com outrem, é punido com pena de prisão até dois anos.

[26] **Art. 164.º (Violação)**

1. Quem, por meio de violência, ameaça grave, ou depois de, para esse fim, a ter tornado inconsciente ou posto na impossibilidade de resistir, constranger outra pessoa:
 - a) A sofrer ou a praticar, consigo ou com outrem, cópula, coito anal ou coito oral; ou
 - b) A sofrer introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos;é punido com pena de prisão de três a dez anos.
2. Quem, por meio não compreendido no número anterior e abusando de autoridade resultante de uma relação familiar, de tutela ou curatela, ou de dependência hierárquica, económica ou de trabalho, ou aproveitando-se de temor que causou, constranger outra pessoa:
 - a) A sofrer ou a praticar, consigo ou com outrem, cópula, coito anal ou coito oral; ou
 - b) A sofrer introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos;é punido com pena de prisão até três anos.

[27] **Art. 165.º (Abuso sexual de pessoa incapaz de resistência)**

1. Quem praticar acto sexual de relevo com pessoa inconsciente ou incapaz, por outro motivo, de opor resistência, aproveitando-se do seu estado ou incapacidade, é punido com pena de prisão de seis meses a oito anos.
2. Se o acto sexual de relevo consistir em cópula, coito anal, coito oral ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos, o agente é punido com pena de prisão de dois a dez anos.

[28] **Art. 166.º (Abuso sexual de pessoa internada)**

1. Quem, aproveitando-se das funções ou do lugar que, a qualquer título, exerce ou detém em:
 - a) Estabelecimento onde se executem reacções criminais privativas da liberdade;
 - b) Hospital, hospício, asilo, clínica de convalescença ou de saúde, ou outro estabelecimento destinado a assistência ou tratamento; ou
 - c) Estabelecimento de educação ou correcção;Praticar acto sexual de relevo com pessoa que aí se encontre internada e que de qualquer modo lhe esteja confiada ou se encontre ao seu cuidado é punido com pena de prisão de seis meses a cinco anos.
2. Se o acto sexual de relevo consistir em cópula, coito anal, coito oral ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos, o agente é punido com pena de prisão de um a oito anos.

[29] **Art. 167.º (Fraude sexual)**

1. Quem, aproveitando-se fraudulentamente de erro sobre a sua identidade pessoal, praticar com outra pessoa acto sexual de relevo é punido com pena de prisão até um ano.
2. Se o acto sexual de relevo consistir em cópula, coito anal, coito oral ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos, o agente é punido com pena de prisão até dois anos.

[30] **Art. 168.º (Procriação artificial não consentida)**

Quem praticar acto de procriação artificial em mulher, sem o seu consentimento, é punido com pena de prisão de um a oito anos.

[31] **Art. 169.º (Lenocínio)**

1. Quem, profissionalmente ou com intenção lucrativa, fomentar, favorecer ou facilitar o exercício por outra pessoa de prostituição é punido com pena de prisão de seis meses a cinco anos.
2. Se o agente cometer o crime previsto no número anterior:
 - a) Por meio de violência ou ameaça grave;
 - b) Através de ardil ou manobra fraudulenta;
 - c) Com abuso de autoridade resultante de uma relação familiar, de tutela ou curatela, ou de dependência hierárquica, económica ou de trabalho; ou
 - d) Aproveitando-se de incapacidade psíquica ou de situação de especial vulnerabilidade da vítima;

é punido com pena de prisão de um a oito anos.

[32] **Art. 170.º (Importunação sexual)**

Quem importunar outra pessoa praticando perante ela actos de carácter exibicionista ou constrangendo-a a contacto de natureza sexual é punido com pena de prisão até um ano ou com pena de multa até 120 dias, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.

Crimes contra a autodeterminação sexual

[33] **Art. 171.º (Abuso sexual de crianças)**

1. Quem praticar acto sexual de relevo com ou em menor de 14 anos, ou o levar a praticá-lo com outra pessoa é punido com pena de prisão de um a oito anos.
2. Se o acto sexual de relevo consistir em cópula, coito anal, coito oral ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.
3. Quem:
 - a) Importunar menor de 14 anos, praticando acto previsto no artigo 170.º; ou
 - b) Actuar sobre menor de 14 anos, por meio de conversa, escrito, espectáculo ou objecto pornográficos;

é punido com pena de prisão até três anos.

4. Quem praticar os actos descritos no número anterior com intenção lucrativa é punido com pena de prisão de seis meses a cinco anos.

[34] **Art. 172.º (Abuso sexual de menores dependentes)**

1. Quem praticar ou levar a praticar acto descrito nos n.ºs 1 ou 2 do artigo anterior, relativamente a menor entre 14 e 18 anos que lhe tenha sido confiado para educação ou assistência, é punido com pena de prisão de um a oito anos.
2. Quem praticar acto descrito nas alíneas do n.º 3 do artigo anterior, relativamente a menor compreendido no número anterior deste artigo e nas condições aí descritas, é punido com pena de prisão até um ano.
3. Quem praticar os actos descritos no número anterior com intenção lucrativa é punido com pena de prisão até três anos ou pena de multa.

[35] **Art. 173.º (Actos sexuais com adolescentes)**

1. Quem sendo maior, praticar acto sexual de relevo com menor entre 14 e 16 anos, ou levar a que ele seja por este praticado com outrem, abusando da sua inexperiência, é punido com pena de prisão até dois anos ou com pena de multa até 240 dias.
2. Se o acto sexual de relevo consistir em cópula, coito oral, coito anal ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos, o agente é punido com pena de prisão até três anos ou multa até 360 dias.

[36] **Art. 174.º (Recurso à prostituição de menores)**

1. Quem sendo maior, praticar acto sexual de relevo com menor entre 14 e 18 anos, mediante pagamento ou outra contrapartida, é punido com pena de prisão até dois anos ou com pena de multa até 240 dias.
2. Se o acto sexual de relevo consistir em cópula, coito anal, coito oral ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objectos, o agente é punido com pena de prisão até três anos ou multa até 360 dias.
3. A tentativa é punível.

[37] **Art. 175.º (Lenocínio de menores)**

1. Quem fomentar, favorecer ou facilitar o exercício da prostituição de menor é punido com pena de prisão de um a cinco anos.
2. Se o agente cometer o crime previsto no número anterior:
 - a) Por meio de violência ou ameaça grave;
 - b) Através de ardil ou manobra fraudulenta;
 - c) Com abuso de autoridade resultante de uma relação familiar, de tutela ou curatela, ou de dependência hierárquica, económica ou de trabalho;
 - d) Actuando profissionalmente ou com intenção lucrativa; ou
 - e) Aproveitando-se de incapacidade psíquica ou de situação de especial vulnerabilidade da vítima;é punido com pena de prisão de dois a dez anos.

[38] **Art. 176.º (Pornografia de menores)**

1. Quem:
 - a) Utilizar menor em espectáculo pornográfico ou o aliciar para esse fim;
 - b) Utilizar menor em fotografia, filme ou gravação pornográficos, independentemente do seu suporte, ou o aliciar para esse fim;
 - c) Produzir, distribuir, importar, exportar, divulgar, exhibir ou ceder, a qualquer título ou por qualquer meio, os materiais previstos na alínea anterior;

- d) Adquirir ou detiver materiais previstos na alínea *b)* com o propósito de os distribuir, importar, exportar, divulgar, exhibir ou ceder;
é punido com pena de prisão de um a cinco anos.
- 2. Quem praticar os actos descritos no número anterior profissionalmente ou com intenção lucrativa é punido com pena de prisão de um a oito anos.
- 3. Quem praticar os actos descritos nas alíneas *c)* e *d)* do n.º 1 utilizando material pornográfico com representação realista de menor é punido com pena de prisão até dois anos.
- 4. Quem adquirir ou detiver os materiais previstos na alínea *b)* do n.º 1 é punido com pena de prisão até um ano ou com pena de multa.
- 5. A tentativa é punível.

[39] **Art. 177.º (Agravação)**

- 1. As penas previstas nos artigos 163.º a 165.º e 167.º a 176.º são agravadas de um terço, nos seus limites mínimo e máximo, se a vítima:
 - a) For ascendente, descendente, adoptante, adoptado, parente ou afim até ao segundo grau do agente; ou
 - b) Se encontrar numa relação familiar, de tutela ou curatela ou de dependência hierárquica, económica ou de trabalho do agente e o crime for praticado com aproveitamento desta relação.
- 2. As agravações previstas no n.º anterior não são aplicáveis nos casos do n.º 2 do artigo 163.º, no n.º 2 do artigo 164.º, da alínea *c)* do n.º 2 do artigo 169.º e da alínea *c)* do n.º 2 do artigo 175.º
- 3. As penas previstas nos artigos 163.º a 167.º e 171.º a 174.º são agravadas de um terço, nos seus limites mínimo e máximo, se o agente for portador de doença sexualmente transmissível.
- 4. As penas previstas nos artigos 163.º a 168.º e 171.º a 174.º são agravadas de metade, nos seus limites mínimo e máximo, se dos comportamentos aí descritos resultar gravidez, ofensa à integridade física grave, transmissão de agente patogénico que crie perigo para a vida, suicídio ou morte da vítima.
- 5. As penas previstas nos artigos 163.º, 164.º, 168.º, 174.º, 175.º e no n.º 1 do artigo 176.º são agravadas de um terço, nos seus limites mínimo e máximo, se a vítima for menor de 16 anos.
- 6. As penas previstas nos artigos 163.º, 164.º, 168.º, 175.º e no n.º 1 do artigo 176.º são agravadas de metade, nos seus limites mínimo e máximo, se a vítima for menor de 14 anos.
- 7. Se no mesmo comportamento concorrerem mais do que uma das circunstâncias referidas nos números anteriores só é considerada para efeito de determinação da pena aplicável a que tiver efeito agravante mais forte, sendo a outra ou outras valoradas na medida da pena.

[40] **Art. 178.º (Queixa)**

- 1. O procedimento criminal pelos crimes previstos nos artigos 163.º a 165.º, 167.º, 168.º e 170.º depende da queixa, salvo se forem praticados contra menor ou deles resultar suicídio ou morte da vítima.
- 2. O procedimento criminal pelo crime previsto no artigo 173.º depende de queixa, salvo se dele resultar suicídio ou morte da vítima.
- 3. Nos crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual de menor não agravados pelo resultado, o Ministério Público, tendo em conta o interesse da vítima, pode determinar a suspensão provisória do processo, com a concordância do juiz de instrução e do arguido, desde que não tenha sido aplicada anteriormente medida similar por crime da mesma natureza.

4. No caso previsto no número anterior, a duração da suspensão pode ir até cinco anos.

[41] Art. 113.º (Titulares do direito de queixa)

1. Quando o procedimento criminal depender de queixa, tem legitimidade para apresentá-la, salvo disposição em contrário, o ofendido, considerando-se como tal o titular dos interesses que a lei especialmente quis proteger com a incriminação.
2. Se o ofendido morrer sem ter apresentado queixa nem ter renunciado a ela, o direito de queixa pertence às pessoas a seguir indicadas, salvo se alguma delas houver participado no crime:
 - a) Ao cônjuge sobrevivente não separado judicialmente de pessoas e bens ou à pessoa, de outro ou do mesmo sexo, que com o ofendido vivesse em condições análogas às dos cônjuges, aos descendentes e aos adoptados e aos ascendentes e aos adoptantes; e, na sua falta
 - b) Aos irmãos e seus descendentes.
3. Qualquer das pessoas pertencentes a uma das classes referidas nas alíneas do número anterior pode apresentar queixa independentemente das restantes.
4. Se o ofendido for menor de 16 anos ou não possuir discernimento para entender o alcance e o significado do exercício do direito de queixa, este pertence ao representante legal e, na sua falta, às pessoas indicadas sucessivamente nas alíneas do n.º 2, aplicando-se o disposto no número anterior.
5. Quando o procedimento criminal depender de queixa, o Ministério Público pode dar início ao procedimento no prazo de seis meses a contar da data em que tiver tido conhecimento do facto e dos seus autores, sempre que o interesse do ofendido o aconselhar e:
 - a) Este for menor ou não possuir discernimento para entender o alcance e o significado do exercício do direito de queixa; ou
 - b) O direito de queixa não puder ser exercido porque a sua titularidade caberia apenas ao agente do crime.
6. Se o direito de queixa não for exercido nos termos do n.º 4 nem for dado início ao procedimento criminal nos termos da alínea *a)* do número anterior, o ofendido pode exercer aquele direito a partir da data em que perfizer 16 anos.

[42] Art. 179.º (Inibição do poder paternal e proibição do exercício de funções)

Quem for condenado por crime previsto nos artigos 163.º a 176.º pode, atenta a concreta gravidade do facto e a sua conexão com a função exercida pelo agente ser:

- a) Inibido do exercício do poder paternal, da tutela ou da curatela; ou
- b) Proibido do exercício de profissão, função ou actividade que impliquem ter menores sob sua responsabilidade, educação, tratamento ou vigilância;
por um período de dois a quinze anos.

[43] Art. 118.º (Prazos de prescrição)

1. O procedimento criminal extingue-se, por efeito de prescrição, logo que sobre a prática do crime tiverem decorrido os seguintes prazos:
 - a) Quinze anos, quando se tratar de crimes puníveis com pena de prisão cujo limite máximo for superior a dez anos;
 - b) Dez anos, quando se tratar de crimes puníveis com pena de prisão cujo limite máximo for igual ou superior a cinco anos, mas que não excedam dez anos;
 - c) Cinco anos, quando se tratar de crimes puníveis com pena de prisão cujo limite máximo for igual ou superior a um ano, mas inferior a cinco anos.

- d) Dois anos, nos casos restantes.
-
- 2. Para efeito do disposto no número anterior, na determinação do máximo da pena aplicável a cada crime são tomados em conta os elementos que pertençam ao tipo de crime, mas não as circunstâncias agravantes ou atenuantes.
 - 3. Se o procedimento criminal respeitar a pessoa colectiva ou entidade equiparada, os prazos previstos no n.º 1 são determinados tendo em conta a pena de prisão, antes de se proceder à conversão prevista nos n.ºs 1 e 2 do artigo 90-B.º.
 - 4. Quando a lei estabelecer para qualquer crime, em alternativa, pena de prisão ou de multa, só a primeira é considerada para efeito do disposto neste artigo.
 - 5. Nos crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual de menores, o procedimento criminal não se extingue, por efeito de prescrição, antes de o ofendido perfazer 23 anos.

CÓDIGO DO PROCESSO PENAL

[44] Art. 1.º (Definições legais)

- 1. Para efeitos do disposto no presente Código considera-se:
 - a) Crime: o conjunto de pressupostos de que depende a aplicação ao agente de uma pena ou de uma medida de segurança criminais;
 - b) Autoridade judiciária: o juiz, o juiz de instrução e o Ministério Público, cada um relativamente aos actos processuais que cabem na sua competência;
 - c) Órgãos de polícia criminal: todas as entidades e agentes policiais a quem caiba levar a cabo quaisquer actos ordenados por uma autoridade judiciária ou determinados por este Código;
 - d) Autoridade de polícia criminal: os directores, oficiais, inspectores e sub-inspectores de polícia e todos os funcionários policiais a quem as leis respectivas reconhecerem aquela qualificação;
 - e) Suspeito: toda a pessoa relativamente à qual exista indício de que cometeu ou se prepara para cometer um crime, ou que nele participou ou se prepara para participar;
 - f) Alteração substancial dos factos: aquela que tiver por efeito a imputação ao arguido de um crime diverso ou a agravação dos limites máximos das sanções aplicáveis;
 - g) Relatório social: informação sobre a inserção familiar e sócio-profissional do arguido e, eventualmente, da vítima, elaborada por serviços de reinserção social, com o objectivo de auxiliar o tribunal ou o juiz no conhecimento da personalidade do arguido, para os efeitos e nos casos previstos neste diploma;
 - h) Informação dos serviços de reinserção social: resposta a solicitações concretas sobre a situação pessoal, familiar, escolar, laboral ou social do arguido e, eventualmente, da vítima, elaborada por serviços de reinserção social, com o objectivo referido na alínea anterior, para os efeitos e nos casos previstos neste diploma.

[45] Art. 91.º (Juramento e compromisso)

- 1. As testemunhas prestam o seguinte juramento: «Juro, por minha honra, dizer toda a verdade e só a verdade».

2. Os peritos e os intérpretes prestam, em qualquer fase do processo, o seguinte compromisso: «Comprometo-me, por minha honra, a desempenhar fielmente as funções que me são confiadas».
3. O juramento e o compromisso referidos nos números anteriores são prestados perante a autoridade judiciária competente, a qual adverte previamente quem os dever prestar das sanções em que incorre se os recusar ou a eles faltar.
4. A recusa a prestar o juramento ou o compromisso equivale à recusa a depor ou a exercer as funções.
5. O juramento e o compromisso, uma vez prestados, não necessitam de ser renovados na mesma fase de um mesmo processo.
6. Não prestam o juramento e o compromisso referidos nos números anteriores:
 - a) Os menores de 16 anos;
 - b) Os peritos e os intérpretes que forem funcionários públicos e intervierem no exercício das suas funções.

[46] **Art. 127.º (Livre apreciação da prova)**

Salvo quando a lei dispuser diferentemente, a prova é apreciada segundo as regras da experiência e a livre convicção da entidade competente.

[47] **Art. 131.º (Capacidade e dever de testemunhar)**

1. Qualquer pessoa que se não encontrar interdita por anomalia psíquica tem capacidade para ser testemunha e só pode recusar-se nos casos previstos na lei.
2. A autoridade judiciária verifica a aptidão física ou mental de qualquer pessoa para prestar testemunho, quando isso for necessário para avaliar da sua credibilidade e puder ser feito um retardamento da marcha normal do processo.
3. Tratando-se de depoimento de menor de 16 anos em crime sexual, pode ter lugar perícia sobre a personalidade.
4. As indagações, referidas nos números anteriores, ordenadas anteriormente ao depoimento não impedem que este se produza.

[48] **Art. 135.º (Segredo profissional)**

1. Os ministros de religião ou confissão religiosa, os advogados, os médicos, os jornalistas, os membros de instituições de crédito e as demais pessoas a quem a lei permitir ou impuser que guardem segredo profissional podem escusar-se a depor sobre os factos abrangidos por aquele segredo.
2. Havendo dúvidas fundadas sobre a legitimidade da escusa, a autoridade judiciária perante a qual o incidente se tiver suscitado procede às averiguações necessárias. Se, após estas, concluir pela ilegitimidade da escusa, ordena, ou requer ao tribunal que ordene, a prestação do depoimento.
3. O tribunal imediatamente superior àquele onde o incidente se tiver suscitado, ou, no caso de o incidente se ter suscitado perante o Supremo Tribunal de Justiça, o plenário das secções criminais, pode decidir da prestação de testemunho com quebra do segredo profissional sempre que esta se mostre justificada face às normas e princípios aplicáveis da lei penal, nomeadamente face ao princípio da prevalência do interesse preponderante. A intervenção é suscitada pelo juiz, oficiosamente ou a requerimento.
4. O disposto no número anterior não se aplica ao segredo religioso.
5. Nos casos previstos nos n.ºs 2 e 3, a decisão da autoridade judiciária ou do tribunal é tomada ouvido o organismo representativo da profissão relacionada com o segredo profissional em

causa, nos termos e com os efeitos previstos na legislação que a esse organismo seja aplicável.

[49] **Art. 151.º (Quando tem lugar a prova pericial)**

A prova pericial tem lugar quando a percepção ou a apreciação dos factos exigirem especiais conhecimentos técnicos, científicos ou artísticos.

[50] **Art. 159.º (Perícia médico-legal e psiquiátrica)**

1. A perícia médico-legal é deferida aos institutos de medicina legal, aos gabinetes médico-legais, a médicos contratados para o exercício de funções periciais nas comarcas ou, quando isso não for possível ou conveniente, a quaisquer médicos especialistas ou de reconhecida competência para a actividade médico-legal, nos termos da lei.
2. O disposto no número anterior é correspondentemente aplicável à perícia relativa a questões psiquiátricas, na qual podem participar também especialistas em psicologia e criminologia.
3. A perícia psiquiátrica pode ser efectuada a requerimento do representante legal do arguido, do cônjuge não separado judicialmente de pessoas e bens ou dos descendentes, ou, na falta deles, dos ascendentes, adoptantes, adoptados ou da pessoa que viva com o arguido em condições análogas às dos cônjuges.

[51] **Art. 160.º (Perícia sobre a personalidade)**

1. Para efeito de apreciação da personalidade e da perigosidade do arguido pode haver lugar a perícia sobre as suas características psíquicas independentes de causas patológicas, bem como sobre o seu grau de socialização. A perícia pode revelar, nomeadamente para a decisão sobre a revogação da prisão preventiva, a culpa do agente e a determinação da sanção.
2. A perícia deve ser referida a serviços especializados ou, quando isso não for possível ou conveniente, a serviços de reinserção social ou a especialistas em criminologia, em psicologia, em sociologia ou em psiquiatria.
3. Os peritos podem requerer informações sobre os antecedentes criminais do arguido, se delas tiverem necessidade.

[52] **Art. 163.º (Valor da prova pericial)**

1. O juízo técnico, científico ou artístico inerente à prova pericial presume-se subtraído à livre apreciação do julgador.
2. Sempre que a convicção do julgador divergir do juízo contido no parecer dos peritos, deve aquele fundamentar a divergência.

[53] **Art. 242.º (Denúncia obrigatória)**

A denúncia obrigatória, ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos:

- a) Para as entidades policiais, quanto a todos os crimes de que tomarem conhecimento;
- b) Para os funcionários, na acepção do artigo 386º do Código Penal, quanto aos crimes de que tomarem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas.

[54] **Art. 244.º (Denúncia facultativa)**

Qualquer pessoa que tiver notícia de um crime pode denunciá-lo ao Ministério Público, a outra autoridade judiciária ou aos órgãos de polícia criminal, salvo se o procedimento respectivo depender de queixa ou de acusação particular.

[55] **Lei n.º 93/99, de 14 Julho e DL n.º 190/2003 de 22 de Agosto** – Regulam a aplicação de medidas para protecção de testemunhas em processo penal

[56] **DL n.º 11/98, de 24 de Janeiro** – Organização médico-legal

[57] **Lei n.º 21/2000, de 10 de Agosto** – artigo 4.º alínea *b)* – Organização da Investigação Criminal

É da competência reservada da Polícia Judiciária a investigação dos seguintes crimes:

- ✓ Contra a liberdade e autodeterminação sexual a que corresponda, em abstracto, pena superior a cinco anos de prisão, desde que o agente não seja conhecido, ou sempre que sejam expressamente referidos ofendidos menores de 16 anos ou outros incapazes.

ANEXO XII

LISTAGEM LINHAS DE APOIO

| |
|--|
| <i>APSI (Associação para a Promoção da Segurança Infantil)</i> |
| 218 870 101 |
| <i>APAV (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima)</i> |
| 707 200 077 |
| <i>CIAV (Centro de Informação Antivenenos, INEM)</i> |
| 808 250 143 |
| <i>CNASTI (Confederação Nacional de Acção sobre o Trabalho Infantil)</i> |
| 800 202 076 |
| <i>CNPCJR (Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco)</i> |
| 213 114 900 |
| <i>Linha de Informação às Vítimas de Violência Doméstica (Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres)</i> |
| 800 202 148 |
| <i>Linha Nacional de Emergência Social (Instituto da Segurança Social)</i> |
| 144 |
| <i>Linha Recados de Criança (Provedoria de Justiça)</i> |
| 800 206 656 |
| <i>Linha SIDA (Coordenação Nacional da Infecção VIH/SIDA – Alto Comissariado da Saúde)</i> |
| 800 266 666 |
| <i>Linha Vida SOS Droga (Instituto da Droga e da Toxicod dependência)</i> |
| 1414 |
| <i>PAFAC (Projecto de Apoio à Família e à Criança) – Linha de Emergência “Criança Maltratada”</i> |
| 213 433 333 (Lisboa) |
| 239 702 233 (Coimbra) |
| 223 321 010 (Porto) |
| 266 744 188 (Évora) |
| 289 801 010 (Faro) |
| 295 628 882 (Açores) |
| <i>PEETI (Plano para a Eliminação da Exploração do Trabalho Infantil)</i> |
| 218 437 580 |
| <i>Saúde 24 (Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde)</i> |
| 808 24 24 24 |
| <i>Sexualidade em Linha (Instituto Português da Juventude e Associação para o Planeamento da Família)</i> |
| 808 222 003 |
| <i>Sol (Associação de Apoio a Crianças Infectadas pelo Virus da SIDA e suas Famílias)</i> |
| 213 972 632 |
| <i>SOS – Criança (Instituto de Apoio à Criança)</i> |
| 800 20 26 51 |
| 217 931 617 |
| <i>SOS – Grávida (Ajuda de Mãe)</i> |
| 808 20 11 39 |

ANEXO XIII

LISTAGEM CPCJ

| CPCJ | MORADA | CÓDIGO POSTAL | TELEFONE | FAX |
|----------------------------|---|------------------------------|---|-------------|
| CPCJ de Abrantes | Rua Grande, n.º 12 | 2200-418 Abrantes | 241 361 695 | 241 363 428 |
| CPCJ de Águeda | Rua Dr. Manuel Alegre, n.º 87 | 3750-139 Águeda | 234 611 290 | 234 611 299 |
| CPCJ de Aguiar da Beira | Avenida da Liberdade, n.º 10 | 3570-018 Aguiar da Beira | 232 689 100 | 232 688 894 |
| CPCJ de Albergaria-a-Velha | Avenida Bernardino Máximo Albuquerque, n.º 16 | 3850-017 Albergaria-a-velha | 234 195 866 961 348 964 | 234 195 867 |
| CPCJ de Albufeira | Rua Bernardino Sousa, n.º 2 | 8200 Albufeira | 289 585 840 289 514 064 961 040 454 | 289 585 694 |
| CPCJ de Alcanena | Rua Tenente Coronel Salgueiro Maia, n.º 118 | 2380-153 Alcanena | 249 891 455 | 249 891 455 |
| CPCJ de Alcobaça | Rua Afonso Albuquerque, n.º 24 | 2460-020 Alcobaça | 262 596 090 | 262 596 090 |
| CPCJ de Alcochete | Rua Chão do Conde-Gabinete, n.º 8 | 2890-177 Alcochete | 210 839 092 | 210 849192 |
| CPCJ de Alenquer | Praça Luís de Camões | 2580-318 Alenquer | 263 730 903 | 263 730 949 |
| CPCJ de Alfândega da Fé | Praça do Município | 5350 Alfândega da Fé | 279 468 120 | 279 462 619 |
| CPCJ de Alijó | Paços do Concelho | 5070 Alijó | 259 957 100 | 259 959 738 |
| CPCJ de Almada | Rua Irene Lisboa | 2800-600 Almada | 212 744 679 919 174 813 | 212 744 681 |
| CPCJ de Almeida | Bairro das Esquadras, casa n.º 11 | 6350 Almeida | 271 571 962/3 | 271 571 142 |
| CPCJ de Almeirim | Praceta Lourenço de Carvalho, n.º 33 - 8 r/c - Apart. n.º 82 | 2080 Almeirim | 243 594 128 | 243 591 079 |
| CPCJ de Alpiarça | Largo 1.º de Maio-Edifício do Centro de Saúde | 2090-025 Alpiarça | 243 558 242 | 243 559 105 |
| CPCJ de Alvaiázere | Câmara Municipal | 3250-100 Alvaiázere | 236 655 403 | 236 655 589 |
| CPCJ de Amadora | Apartado 60350 - EC Amadora | 2701-999 Amadora | 214 928 706 | 214 912 677 |
| CPCJ de Amarante | Alameda Teixeira de Pascoaes | 4600-011 Amarante | 255 433 158 | 255 420 203 |
| CPCJ de Amares | Largo do Município | 4720-057 Amares | 253 993 761 | 253 992 643 |
| CPCJ de Anadia | Apartado 19 - Vale Santo | 3781-907 Anadia | 231 510 482/3 | 231 510 487 |
| CPCJ de Angra do Heroísmo | Av.ª S. João, n.º 66 1.º Esq. | 9700-857 Angra do Heroísmo | 295 218 650 963708456 | 295 212 107 |
| CPCJ de Ansião | Rua Conselheiro António José de Almeida | 3240 Ansião | 236 676 491 | 236 677 481 |
| CPCJ de Arcos de Valdevez | Praça do Município | 4974-003 Arcos de Valdevez | 258 520 500 | 258 520 509 |
| CPCJ de Arganil | Praça Simões Dias, n.º 10 | 3304-954 Arganil | 235 200 144 | 235 200 164 |
| CPCJ de Armamar | Praça da República | 5110 Armamar | 254 850 800 | 254 855 152 |
| CPCJ de Arouca | Av. dos Descobrimentos, n.º 2A | 4540-104 Sta. Eulália Arouca | 256 948 371/2 917 638 772 | 256 948 373 |
| CPCJ de Arroches | | | | |
| CPCJ de Arruda dos Vinhos | Largo Miguel Bombarda | 2630-112 Arruda dos Vinhos | 263 977 000/31 | 263 977 033 |
| CPCJ de Aveiro | Praça da República | 3810-200 Aveiro | 234 400 206 | 234 400 558 |
| CPCJ de Avis | Apartado 25 | 7480-999 Avis | 242 410 207 | 242 410 209 |
| CPCJ de Azambuja | Patéio do Valverde | 2050 Azambuja | 263 400 491 969 291 792 | 263 400 491 |
| CPCJ de Baião | Rua Comandante Agatão Lança, n.º 41 | 4640-142 Campelo-Baião | 255 541 390 | 255 541 396 |
| CPCJ de Barcelos | Rua Irmã S. Romão, Edifício Marfil, n.º 127, Bloco A - 1.º Frente | 4750-251 Barcelos | 253 822 113 | 253 821 263 |
| CPCJ de Barrancos | Praça do Município, n.º 2 | 7230-030 Barrancos | 285 950 630 962 519 928 | 285 950 638 |
| CPCJ de Barreiro | Av. Alfredo da Silva, n.º 51 - 1.º | 2830-302 Barreiro | 212 068 057 966 915 654 | 212 068 051 |
| CPCJ de Batalha | Rua Infante D. Fernando | 2440-118 Batalha | 244 766 818 | 244 768 820 |
| CPCJ de Beja | Rua do Mestre Manuel, n.º 12 | 7800-304 Beja | 284 311 800 | 284 311 895 |
| CPCJ de Benavente | Rua Dr. José Calheiros Lopes | 2130-014 Benavente | 263 517 294 | 263 517 294 |
| CPCJ de Bombarral | Largo do Município | 2540 Bombarral | 262 609 020 | 262 609 041 |

| CPCJ | MORADA | CÓDIGO POSTAL | TELEFONE | FAX |
|------------------------------|---|-------------------------------|----------------------------|-------------|
| CPCJ de Braga | Rua D. Afonso Henriques, n.º 1 – 2.º | 4700-030 Braga | 253 619 474 | 253 619 475 |
| CPCJ de Bragança | Praça da Sé | 5300 Bragança | 273 300 840 | 273 300 849 |
| CPCJ de Cabeceiras de Basto | Freguesia de Refojos | 4860-355 Cabeceiras de Basto | 253 664 541 | 253 662 603 |
| CPCJ de Cadaval | Av. Dr. Francisco Sá Carneiro | 2550-103 Cadaval | 262 699 068 | 262 695 270 |
| CPCJ de Caldas da Rainha | Praça 25 de Abril | 2500-110 Caldas da Rainha | 262 839 725 | 262 839 719 |
| CPCJ de Calheta (Açores) | Rua 25 de Abril, n.º 12 – 1.º andar, Apartado 24 | 9850-032 Calheta | 295 416 099 | 295416099 |
| CPCJ de Calheta (Madeira) | Sítio da Vargem / Estrela | 9370-111 Calheta | 291 822 797 | 291 824 930 |
| CPCJ de Câmara de Lobos | Largo da República | 9304-001 Câmara de Lobos | 291 942 353 | 291 944 499 |
| CPCJ de Caminha | Rua Ricardo Joaquim Sousa | 4910 Caminha | 258 710 300 | 258 721 118 |
| CPCJ de Campo Maior | Praça da República | 7370-999 Campo Maior | 268 680 300/9 737 | 268 688 937 |
| CPCJ de Cantanhede | Câmara Municipal de Cantanhede, Apartado 154 | 3064-909 Cantanhede | 231 410 112 961 316 078 | 231 410 199 |
| CPCJ de Carrazeda de Ansiães | Praça do Município | 5140-077 Carrazeda de Ansiães | 278 610 200 | 278 616 404 |
| CPCJ de Carregal do Sal | Praça do Município - Apartado 90 | 3430-909 Carregal do Sal | 232 960 400 | 232 960 429 |
| CPCJ de Cartaxo | Rua Mouzinho de Albuquerque, n.º 7 - 1º | 2070-104 Cartaxo | 243 701 260 | 243 701 261 |
| CPCJ de Cascais | Rua Dra. Iracy Doyle, n.º 4 – 2.º Dto. | 2750-377 Cascais | 214 830 023 | 214 820 551 |
| CPCJ de Castanheira de Pera | Praça Visconde Castanheira de Pera | 3280-017 Castanheira de Pera | 236 430 280 | 236 432 307 |
| CPCJ de Castelo Branco | Paços do Concelho | 6000-458 Castelo Branco | 272 330 330 | 272 330 324 |
| CPCJ de Castelo de Paiva | Largo do Conde - Sobrado | 4550-102 Castelo de Paiva | 255 689 320 800 206 846 | 255 699 282 |
| CPCJ de Castelo de Vide | Rua de Santo Amaro n.º 25 | 7320-177 Castelo de Vide | 916 633 538 245 901 350 | 245 901827 |
| CPCJ de Castro Daire | Av. António Serrado, n.º 38 | 3600-136 Castro Daire | 232 315 870 | 232 315 871 |
| CPCJ de Celorico da Beira | Rua Sacadura Cabral | 6270-350 Celorico da Beira | 271 747 400 | 271 747 409 |
| CPCJ de Celorico de Basto | Praça Cardeal D. António Ribeiro | 4890-220 Celorico de Basto | 255 320 300 | 255 321 937 |
| CPCJ de Chamusca | Rua Direita de São Pedro | 2140-098 Chamusca | 249 769 100 | 249 760 542 |
| CPCJ de Chaves | Urbanização da Formiguinha, Lote 1 - Loja 3 | 5400-265 Chaves | 276 321 992 968 493 303 | 276 321 992 |
| CPCJ de Cinfães | Lugar dos Outeirinhos - Cinfães | 4690 Cinfães | 255 563 584 | 255 563 584 |
| CPCJ de Coimbra | Rua Olímpio Nicolau Rui Fernandes, S/N | 3000-303 Coimbra | 239 827 710 239 826 138 | 239 826 471 |
| CPCJ de Condeixa-a-Nova | Rua Dr. Simão da Cunha, n.º 49 – R/C | 3150-140 Condeixa-a-Nova | 239 945 194/ 307 | 239 945 739 |
| CPCJ de Constância | Bairro Novo, n.º 7 | 2250-022 Constância | 969 105 656 | 249 739 514 |
| CPCJ de Coruche | Praça da Liberdade | 2100-121 Coruche | 243 675 652 | 243 610 201 |
| CPCJ de Covilhã | Casa dos Ministros, Rua Portas do Sol, n.º 122 | 6200-167 Covilhã | 275 310 690 | 275 310 699 |
| CPCJ de Crato | Largo do Município - Edifício Sá Noqueira | 7430-999 Crato | 245 990 110 | 245 996 679 |
| CPCJ de Cuba | Rua Serpa Pinto , n.º 84 | 7940-172 Cuba | 284 419 900 | 284 415 137 |
| CPCJ de Elvas | Rua dos Quartéis - Atelier B | 7350-178 Elvas | 268 629 525 962 015 410 | 268 626 375 |
| CPCJ de Entroncamento | Rua da Junta de Freguesia, n.º 3 e 5, Apartado 52 | 2330-114 Entroncamento | 249 710 810 | 249 710 810 |
| CPCJ de Espinho | Ângulo das Ruas n.º 23-30 | 4500 Espinho | 227 335 800 | 227 335 867 |
| CPCJ de Esposende | Rua dos Bombeiros, n.º 51 | 4740-291 Esposende | 253 960 100 253 964 903 | 253 960 176 |
| CPCJ de Estarreja | Praça Francisco Barbosa | 3864-001 Estarreja | 234 840 600 | 234 840 607 |
| CPCJ de Évora | Travessa do Tivolante, n.º 15 | 7000-636 Évora | 266 777 255 | 266 777 257 |
| CPCJ de Fafe | Urbanização Engº Mário Valente, n.º 66 | 4820-367 Fafe | 253 495 299 | 253 495 474 |
| CPCJ de Faro | Praça José Afonso, n.º 1 | 8000-173 Faro | 289 872 345 | 289 806 892 |
| CPCJ de Felgueiras | Praça Vasco da Gama - Margaride | 4610-118 Felgueiras | 255 922 428 | 255 318 172 |
| CPCJ de Ferreira do Alentejo | Rua Capitão Mouzinho | 7900 Ferreira do Alentejo | 284 738 710 965 664 998 | 284 738 715 |

| CPCJ | MORADA | CÓDIGO POSTAL | TELEFONE | FAX |
|----------------------------------|--|-------------------------------|----------------------------|-------------|
| CPCJ de Ferreira do Zézere | Praça Dias Ferreira | 2240-341 Ferreira do Zézere | 918 214 272 | 249 360 169 |
| CPCJ de Figueira da Foz | Rua Manuel Fernandes Tomás, n.º 81 – 1.º andar - Fracção F | 3084-501 Figueira da Foz | 233 423 475 | 233 423 695 |
| CPCJ de Figueiró dos Vinhos | Praça do Município | 3260 Figueiró dos Vinhos | 236 551 280 | 236 552 596 |
| CPCJ de Foz Coa | | | | |
| CPCJ de Fornos de Algodres | Estrada Nacional, n.º 16 | 6370-147 Fornos de Algodres | 271 700 060 | 271 700 068 |
| CPCJ de Freixo de Espada à Cinta | Av. Guerra Junqueiro | 5180 Freixo de Espada à Cinta | 279 658 160 | 279 658 165 |
| CPCJ de Funchal | Rua da Ponte Nova, n.º 19 – 1.º Salas 2 e 10 | 9050-013 Funchal | 291 221 111 | 291 282 383 |
| CPCJ de Fundão | Rua Jornal do Fundão, n.º 26 Apartado 391 | 6234-909 Fundão | 275 753 861 962 021 230 | 275 753 861 |
| CPCJ de Gavião | Largo do Município | 6040-102 Gavião | 241 631 146 937 336 505 | 241 639 079 |
| CPCJ de Góis | Praça da República | 3330-310 Góis | 235 770 110 | 235 771 537 |
| CPCJ de Golegã | Largo D. Manuel I | 2150-128 Golegã | 249 979 050 | 249 979 059 |
| CPCJ de Gondomar | Rua 5 de Outubro, n.º 218 – 1.º | 4420-086 Gondomar | 224 663 980 | 224 663 984 |
| CPCJ de Gouveia | Av. 25 de Abril | 6290-554 Gouveia | 238 490 210 | 238 494 686 |
| CPCJ de Grândola | Rua 1.º de Maio, Bl. 7, Loja BL | 7570 Grândola | 269 442 976 916 183 105 | 269 442 976 |
| CPCJ de Guarda | Praça do Município | 6300 Guarda | 271 222 849 | 271 221 218 |
| CPCJ de Guimarães | Largo Cónego José Maria Gomes | 4800 Guimarães | 253 421 200 | 253 515 134 |
| CPCJ de Horta | Largo Padre José Silvestre Machado | 9900-081 Horta | 292 292 184 | 292 292 185 |
| CPCJ de Idanha-a-Nova | Rua Vaz Preto, n.º 116 – 1.º andar | 6060-126 Idanha-a-Nova | 277 202 497 | 277 202 497 |
| CPCJ de Ílhavo | Av. 25 de Abril - Apartado 69 | 3830-044 Ílhavo | 234 329 600/32 | 234 329 601 |
| CPCJ de Lages das Flores | Câmara Municipal de Lages das Flores | 9960-431 Lages das Flores | 292 590 800 | 292 590 826 |
| CPCJ de Lages do Pico | Rua de São Francisco | 9930-135 Lages do Pico | 292 679 700 | 292 679 710 |
| CPCJ de Lagoa | Nossa Senhora do Rosário | 9560-076 Lagoa | 296 965 988 | 296 965 433 |
| CPCJ de Lagoa (Algarve) | Largo do Município | 8401-851 Lagoa | 282 380 400 | 282 341 643 |
| CPCJ de Lagos | Praça da Paz, Bl. F - Cave | 8600-666 Lagos | 282 762 055 | 282 761 108 |
| CPCJ de Lamego | Rua de Almacave, n.º 7 | 5100 Lamego | 254 609 600 | 254 609 601 |
| CPCJ de Leiria | Largo Salgueiro Maia Edifício Marinjá, Torre 2 - 2.º andar | 2410-221 Leiria | 244 819 949 | 244 838 658 |
| CPCJ de Lisboa (centro) | Rua dos Anjos, n.º 66 – 2.º Esq. | 1150-039 Lisboa | 213 152 477 213 151 743 | 213 152 476 |
| CPCJ de Lisboa (norte) | Estrada Poço do Chão - Loja 7B e 9A | 1500-495 Lisboa | 217 156 833 | 217 156 832 |
| CPCJ de Lisboa (ocidental) | Largo das Escolas, Escola 107 a Belém | 1400-141 Lisboa | 21 364 7387 | 213 647 386 |
| CPCJ de Lisboa (oriental) | Rua Ferreira de Castro-Bairro da Flamenga | 1900-697 Lisboa | 218 376 894 | 218 376 895 |
| CPCJ de Loulé | Rua da Nossa Senhora de Fátima - Terminal Rodoviário 1.º andar | 8100 Loulé | 289 400 776 | 289 400 776 |
| CPCJ de Loures | Av. Dr. António Carvalho Figueiredo (antigo cinema Loures) | 2670-450 Loures | 219 848 874 | 219 848 886 |
| CPCJ de Lourinhã | Ed. Câmara Municipal da Lourinhã | 2534-500 Lourinhã | 261 410 137 | 261 410 169 |
| CPCJ de Lousã | Rua Dr. João Santos, n.º 7 | 3200-236 Lousã | 239 990 375 | 239 990 381 |
| CPCJ de Lousada | Praça Dr. Francisco Sá Carneiro | 4620-909 Lousada | 255 814 094 | 255 814 094 |
| CPCJ de Mação | Av. Vicente Mendes Mirrado | 6120-725 Mação | 241 577 020 | 241 577 022 |
| CPCJ de Macedo de Cavaleiros | Câmara Municipal de Macedo de Cavaleiros | 5340-218 Macedo Cavaleiros | 278 428 410 916 635 590 | 278 426 756 |
| CPCJ de Machico | Sítio do Piquinho | 9200-120 Machico | 291 969 130 | 291 964 461 |
| CPCJ de Madalena | Av. Machado Serpa - Edifício Campo Municipal | 9950 Madalena | 292 628 710 912 266 962 | 292 628 748 |
| CPCJ de Mafra | Largo Coronel Brito Gorjão | 2640-492 Mafra | 261 811 079 | 261 819 713 |
| CPCJ de Maia | Rua Dr. Carlos Felgueiras, n.º 267 | 4470-157 Maia | 229 490 333 | 229 490 333 |
| CPCJ de Mangualde | Largo Dr. Couto | 3534-004 Mangualde | 232 619 880 | 232 623 958 |
| CPCJ de Marco de Canaveses | Av. Futebol Clube do Marco | 4630-219 Marco de Canaveses | 255 538855 | 255-538855 |

| CPCJ | MORADA | CÓDIGO POSTAL | TELEFONE | FAX |
|------------------------------|--|------------------------------|----------------------------|-----------------|
| CPCJ de Marinha Grande | Largo D. Dinis, n.º 1 | 2430 Marinha Grande | 244 550 159 | 244 550 159 |
| CPCJ de Matosinhos | Rua Alfredo Cunha, n.º 99 – 1.º | 4450 Matosinhos | 229 399 996 | 229 399 999 |
| CPCJ de Mealhada | Largo do Município | 3050 Mealhada | 231 201 638 | 231 203 618 |
| CPCJ de Mêda | Largo do Município | 6430-197 Mêda | 279 880 040 | 279 882 520 |
| CPCJ de Melgaço | Rua Dr. António Durães, n.º 65 – 1.º Esq. | 4960-522 Melgaço | 251 410 108 | 251 402 429 |
| CPCJ de Mértola | Praça Luís de Camões | 7750-329 Mértola | 286 610 105 | 286 610 115 |
| CPCJ de Mesão Frio | Av. Conselheiro José M. Alpoim, n.º 432 | 5040-310 Mesão Frio | 254 890 100 | 254 890 109 |
| CPCJ de Mira | Praça da República | 3070-304 Mira | 231 480 550 | 231 458 185 |
| CPCJ de Miranda do Corvo | Praça José Falcão | 3220 Miranda do Corvo | 239 530 320 | 239 532 952 |
| CPCJ de Mirandela | Rua General Maria Sarmento Pimentel | 5370-288 Mirandela | 278 200 200 | 278 265 753 |
| CPCJ de Mogadouro | Edifício Paços do Concelho | 5200-244 Mogadouro | 279 340 100 | 279 341 874 |
| CPCJ de Moimenta da Beira | Largo do Tabulado | 3620 Moimenta da Beira | 254 520 070 | 254 520 071 |
| CPCJ de Moita | Rua da Classe Operária | 2860-445 Moita | 212 890 930 | 21-289 0932 |
| CPCJ de Monção | Bairro das Escolas Primárias - Escola EB 1 José Pinheiro Gonçalves | 4950-467 Monção | 251 654 932 | 251 649 429 |
| CPCJ de Mondim de Basto | Largo Conde de Vila Real | 4880-236 Mondim de Basto | 255 389 300 | 255 389 398 |
| CPCJ de Monforte | Praça da República | 7450-115 Monforte | 245 578 060 | 245 573 423 |
| CPCJ de Montalegre | Av. Dr. Nuno Álvares Pereira | 5470 Montalegre | 276 518 033 | 276 510 201 |
| CPCJ de Montemor-o-Velho | Rua Dr. Luís Francisco Coutinho | 3140-907 Montemor-o-Velho | 239 689 636 | 239 689 640 |
| CPCJ de Montijo | Av. 25 de Abril, n.º 41 - 2.º Dto. | 2870 Montijo | 212 309 180/5/6 | 212 309 189 |
| CPCJ de Mortágua | Rua Dr. João Lopes de Moraes | 3450 Mortágua | 231 927 460 | 231 927 469 |
| CPCJ de Moura | Praça Sacadura Cabral | 7860-207 Moura | 285 250 400 | 285 250 469 |
| CPCJ de Murça | Praça 5 de Outubro | 5090 Murça | 259 510 120 | 259 510 129 |
| CPCJ de Murtosa | Rua Dr. Carlos Barbosa | 3870-213 Murtosa | 234 830 100 | 234 867 636 |
| CPCJ de Nazaré | Av. Vieira Guimarães, n.º 54 | 2450-951 Nazaré | 262 550 010 | 262 550 019 |
| CPCJ de Nelas | Edifício Multiusos, 1.º piso - Largo do Município | 3520-001 Nelas | 232 944 842 | 232 944 842 |
| CPCJ de Nisa | Largo do Município | 6050-358 Nisa | 245 410 000 | 245 412 799 |
| CPCJ de Nordeste | Praça da República | 9630-141 Nordeste | 296 480 060 | 296 488 519 |
| CPCJ de Óbidos | Travessa da Rua Nova, n.º 1 | 2510-086 Óbidos | 262 959 900 | 262 959 900 |
| CPCJ de Odemira | Praça da República | 7630-139 Odemira | 283 320 900 283 320 915 | 283 283 327/168 |
| CPCJ de Odivelas | Urbanização da Ribeirada - Avenida Amália Rodrigues n.º 10A | 2675 - 623 Odivelas | 219 344 550 | 219 344 559 |
| CPCJ de Oeiras | Rua António Macedo, n.º 2A e 2B - Bairro do Pombal | 2780 Oeiras | 214 416 404 | 214 418 220 |
| CPCJ de Olhão | Largo Sebastião Martins Mestre, 1C | 8700-349Olhão | 289 700 154 | 289 700 111 |
| CPCJ de Oliveira de Azeméis | Av. Dr. António José de Almeida, n.º 297 | 3720-239 Oliveira de Azeméis | 256 600 638 | 256 674 694 |
| CPCJ de Oliveira de Frades | Rua Coronel Neves, n.º 24 | 3680-111 Oliveira de Frades | 232 763 848 | 232 763 848 |
| CPCJ de Oliveira do Bairro | Praça do Município | 3770-851 Oliveira do Bairro | 234 732 131 | 234 732 112 |
| CPCJ de Oliveira do Hospital | Largo Conselheiro Cabral Metello | 3400 Oliveira do Hospital | 238 609 522 | 238 609 739 |
| CPCJ de Ourém | Praça do Município, n.º 11 | 2490-499 Ourém | 249 540 900 | 249 540 908 |
| CPCJ de Ourique | Avenida 25 de Abril | 7670-281 Ourique | 286 512 034 | 286 510 040 |
| CPCJ de Ovar | Rua Heliodoro Salgado, n.º 16 | 3880-232 Ovar | 256 581 300 | 256 586 611 |
| CPCJ de Paços de Ferreira | Praça da República, n.º 46 | 4590-527 Paços de Ferreira | 255 860 728 | 255 860 728 |
| CPCJ de Palmela | Rua Almirante Reis, n.º 3 | 2951-505 Palmela | 212 351 235 | 212 351 236 |
| CPCJ de Pampilhosa da Serra | Rua Rangel de Lima | 3320-229 Pampilhosa da Serra | 235 590 344 | 235 590 344 |
| CPCJ de Paredes | Parque José Guilherme | 4580 Paredes | 255 788 800 | 255 782 155 |

| CPCJ | MORADA | CÓDIGO POSTAL | TELEFONE | FAX |
|--------------------------------|---|--------------------------------|----------------------------|-------------|
| CPCJ de Paredes de Coura | Largo Visconde de Moselos | 4940 Paredes de Coura | 251 780 100 | 251 780 118 |
| CPCJ de Pedrogão Grande | Largo da Defeva | 3274-909 Pedrogão Grande | 236 480 150 | 236 480 159 |
| CPCJ de Penacova | Largo Alberto Leitão, n.º 5 | 3360-191 Penacova | 239 470 300 | 239 478 098 |
| CPCJ de Penafiel | Praça do Município | 4564-002 Penafiel | 255 214 470 | 255 214 473 |
| CPCJ de Penalva do Castelo | Av. Castindo | 3550-185 Penalva do Castelo | 232 640 020 | 232 640 021 |
| CPCJ de Penela | Praça do Município | 3230-253 Penela | 239 560 120 | 239 569 400 |
| CPCJ de Peniche | Rua Vasco da Gama, n.º 45 | 2520-492 Peniche | 262 780 118 | 262 780 112 |
| CPCJ de Peso da Régua | Bairro das Alagoas, Bloco 5 - R/C - Godim | 5050-063 Peso da Régua | 254 322 923 | 254 322 923 |
| CPCJ de Pinhel | Av. Carneiro de Gusmão, n.º 72 - 2.º Esq. | 6400-337 Pinhel | 271 411 865/ 6 | 271 418 051 |
| CPCJ de Pombal | Largo do Cardal | 3100-440 Pombal | 236 210 500 | 236 210 599 |
| CPCJ de Ponta Delgada | Ed.Boavista,Rua Pedro José Joaquim Rebelo, n.º 20 | 9500-782 Ponta Delgada | 296 304 550 | 296 285 565 |
| CPCJ de Ponta do Sol | Vila de Santo António | 9360 Ponta do Sol | 291 972 106 961 320 115 | 291 972 711 |
| CPCJ de Ponte da Barca | Bairro de Santo António, Bloco 3 | 4980-610 Ponte da Barca | 258 488 272 | 258 488 272 |
| CPCJ de Ponte de Lima | Praça da República | 4990-062 Ponte de Lima | 258 900 401 | 258 900 410 |
| CPCJ de Ponte de Sôr | Avenida Liberdade | 7400 Ponte de Sôr | 242 291 580 | 242 291 589 |
| CPCJ de Portalegre | Praça do Município | 7300 Portalegre | 245 300 120 963 704 450 | 245 330 235 |
| CPCJ de Portimão | Av. Miguel Bombarda, n.º 15 Esquadra da PSP | 8500 Portimão | 282 470 700 | 282 470 792 |
| CPCJ de Porto Central | Rua do Tâmega - ex escola n.º 45 | 4200-502 Porto | 225 574 210 | 225 574 619 |
| CPCJ de Porto de Moniz | Praça do Lyra | 9270-053 Porto Moniz | 291 850 180 | 291 852 998 |
| CPCJ de Porto de Mós | Edifício Gorrões-Largo de S. João | 2480-851 Porto de Mós | 244 499 600/ 37 | 244 499 601 |
| CPCJ de Porto Ocidental | Largo da Póvoa de Varzim | 4150-218 Porto | 226 198 080 | 226 198 081 |
| CPCJ de Porto Oriental | Rua Entreparedes, n.º 61 R/C | 4000-198 Porto | 222 061 728 | 222 061 729 |
| CPCJ de Porto Santo | Rua João Gonçalves Zarco, n.º 23 | 9400-166 Porto Santo | 291 982 286 | 291 982 933 |
| CPCJ de Póvoa do Lanhoso | Av. da República | 4830 Póvoa do Lanhoso | 253 639 700 | 253 639 709 |
| CPCJ de Póvoa do Varzim | Praça do Almada | 4490-438 Póvoa do Varzim | 252 298 500/10 | 252 615 606 |
| CPCJ de Povoação | Rua Gonçalo Velho, n.º 6 | 9650-423 Povoação | 296 559 968 | 296 559 968 |
| CPCJ de Praia da Vitória | Praça Francisco Ornelas da Câmara | 9760 Praia da Vitória | 295 540 200 | 295 512 133 |
| CPCJ de Proença-a-Nova | Rua do Loureiro, n.º 1 | 6150 Proença-a-Nova | 274 672 399 | 274 672 697 |
| CPCJ de Reguengos de Monsaraz | Apartado 6 | 7200-370 Reguengos de Monsaraz | 266 508 040 | 266 508 059 |
| CPCJ de Resende | Av. Rebelo Moniz | 4660-212 Resende | 254 877 153/653 | 254 877 424 |
| CPCJ de Ribeira Brava | Rua do Visconde, n.º 56 | 9350 Ribeira Brava | 291 952 548 | 291 952 182 |
| CPCJ de Ribeira de Pena | Praça do Município | 4870-152 Ribeira de Pena | 259 490 500 | 259 493 520 |
| CPCJ de Ribeira Grande | Rua da Nossa Sra. da Conceição, n.º 36A - 1.º | 9600-568 Ribeira Grande | 296 473 883 | 296 473 883 |
| CPCJ de Rio Maior | Rua D. Afonso Henriques, n.º 84 | 2040-273 Rio Maior | 243 992 204 | 243 992 236 |
| CPCJ de S. João da Madeira | Av. da Liberdade, n.º 345 - 1.º Piso | 3700-163 São João da Madeira | 256 200 213 | 256 200 213 |
| CPCJ de S. Pedro do Sul | Largo de Camões | 3660-436 S. Pedro do Sul | 232 720 140 | 232 723 210 |
| CPCJ de S. Roque do Pico | Alameda de São Roque | 9940-350 São Roque do Pico | 292 648 700 | 292 648 709 |
| CPCJ de Sabugal | Rua Luís de Camões, n.º 16 | 6320-380 Sabugal | 271 754 365 | 271 752 230 |
| CPCJ de Salvaterra de Magos | Apartado 116 | 2121-901 Salvaterra de Magos | 916 111 134 | 263 504 717 |
| CPCJ de Santa Comba Dão | Largo do Município | 3440-327 Santa Comba Dão | 232 880 520 | 232 880 529 |
| CPCJ de Santa Cruz | Largo do Município | 9100 Santa Cruz | 291 520 100 | 291 524 062 |
| CPCJ de Santa Cruz da Graciosa | Edifício dos Paços do Concelho | 9880 Santa Cruz da Graciosa | 291 526 375 | 295 732 523 |
| CPCJ de Santa Cruz das Flores | Rua Senador André de Freitas, n.º 13 | 9970-337 Santa Cruz das Flores | 292 590 700 | 292 590 718 |
| CPCJ Sta. Maria da Feira | Praça Professor Leão, 13 | 4520-173 Santa Maria da Feira | 256 374 141 | 256 374 643 |

| CPCJ | MORADA | CÓDIGO POSTAL | TELEFONE | FAX |
|--------------------------------|---|---------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| CPCJ de Santana | Rua do Til | 9230-127 Santana | 808 202 116 291 573 950 | 291 573 954 |
| CPCJ de Santarém | Largo Cândido dos Reis, n.º 2A | 2000-241 Santarém | 243 326 095 | 243 326 095 |
| CPCJ de Santiago do Cacém | Rua do Parque, n.º 10 | 7540-172 Santiago do Cacém | 269 826 205 | 269 826 206 |
| CPCJ de Santo Tirso | Rua Francisco Sá Carneiro, n.º 17 | 4780 Santo Tirso | 252 860 344 | 252 833 389 |
| CPCJ de São Vicente | Vila de São Vicente | 9240 São Vicente | 291 842 670 291 840 020/9 | 291 842 666 |
| CPCJ de Sardoal | Praça da República | 2230-139 Sardoal | 241 850 000 | 241 855 684 |
| CPCJ de Seia | (junto aos Bombeiros Voluntários) | 6270-479 Seia | 238 084 725 | 238 084 726 |
| CPCJ de Seixal | Rua Rodrigues da Lapa, 2 - 2A | 2845-132 Amora | 210 976 235 | 210 976 236 |
| CPCJ de Sernancelhe | Rua Dr. Oliveira Serrão | 3640-240 Sernancelhe | 254 598 300 | 254 598 319 |
| CPCJ de Sertã | Largo do Município | 6100-738 Sertã | 274 600 300 | 274 600 301 |
| CPCJ de Sesimbra | Av. João Paulo II, n.º 17E - Santana | 2970 Sesimbra | 212 687 345 | 212 687 345 |
| CPCJ de Setúbal | Rua de Damão, n.º 12/14 | 2900-340 Setúbal | 265 550 600 963 118 318 | 265 550 609 |
| CPCJ de Sever do Vouga | Largo do Município | 3740-262 Sever do Vouga | 234 555 566 800 206 634 | 234 552 982 |
| CPCJ de Silves | Largo do Município | 8300-117 Silves | 282 443 519 919 516 616 | 282 443 519 |
| CPCJ de Sines | Largo Ramos da Costa | 7520-159 Sines | 269 630 600 | 269 633 022 |
| CPCJ de Sintra Ocidental | Rua Pedro Sintra, n.º 15 – 2.º Esq. | 2710-436 Sintra | 219 240 751 | 219 241 703 |
| CPCJ de Sintra Oriental | Rua Nova do Zambujal, n.º 3 | 2735-302 Cacém | 219 128 020 | 219 128 029 |
| CPCJ de Sobral de Monte Agraço | Rua Teatro Eduardo Costa, n.º 24 | 2590-046 Sobral de Monte Agraço | 261 948 261 917 579 620 | 261 948 262 |
| CPCJ de Soure | Praça da República | 3130 Soure | 239 502 433 | 239 502 951 |
| CPCJ de Sousel | Praça da República, n.º 1 | 7470-220 Sousel | 961 334 303 | 268 551 153 268 550 115 |
| CPCJ de Tábua | Câmara Municipal | 3420-308 Tábua | 235 410 340 | 235 410 349 |
| CPCJ de Tabuaço | Rua Dr. António José de Almeida, n.º 36 | 5120-413 Tabuaço | 254 780 000 | 254 789 941 |
| CPCJ de Tarouca | Avenida Dr. Alexandre Taveira Cardoso | 3610-128 Tarouca | 254 678 650 | 254 678 552 |
| CPCJ de Tavira | Rua da Liberdade, n.º 16 | 8800-307 Tavira | 281 320 596 | 281 322 888 |
| CPCJ de Terras de Bouro | Largo Padre Martins Capela | 4840-100 Terras de Bouro | 253 350 010 | 253 352 894 |
| CPCJ de Tomar | Praça da República | 2300 Tomar | 249 316 618 249 329 884 | 249 329 884 |
| CPCJ de Tondela | Rua General Humberto Delgado, n.º 35 | 3460-525 Tondela | 232 811 110 | 232 811 120 |
| CPCJ de Torre de Moncorvo | Rua Infante D. Henrique, n.º 20 | 5160-286 Torre de Moncorvo | 279 258 310 | 279 200 240 |
| CPCJ de Torres Novas | Rua Gen. Antª César de Vasconcelos Correia | 2350-421 Torres Novas | 249 810 797/ 90 | 249 810 799 |
| CPCJ de Torres Vedras | Rua Serpa Pinto "Páteo Amarelo" 1.º andar A | 2560-363 Torres Vedras | 261 314 826 | 261 314 826 |
| CPCJ de Trancoso | Rua Conde Tavadre, n.º 4 | 6420-139 Trancoso | 271 812 795 | 271 812 795 |
| CPCJ de Trofa | Rua Conde São Bento, Centro Comercial da Vinha, R/C Loja 52 | 4785-296 Trofa | 252 403 690 | 252 403 699 |
| CPCJ de Vagos | Edifício João Grave, 1.º piso | 3840 Vagos | 234 189 262 | 234 792 056 |
| CPCJ de Vale de Cambra | Rua das Flores - Edifício das Flores, n.º 131, R/C | 3730-248 Vale de Cambra | 256 423 753 | 256 420 519 |
| CPCJ de Valença | Rua Mouzinho de Albuquerque, n.º 115 – 2.º andar | 4930 Valença | 251 826 471 | 251 809 522 |
| CPCJ de Valongo | Av. 5 de Outubro, n.º 160 | 4440-503 Valongo | 224 228 149 224 228 349 | 22 422 82 49 |
| CPCJ de Valpaços | Rua Maria do Carmo Carmona, n.º 2 | 5430-469 Valpaços | 278 710 130 | 278 711 135 |
| CPCJ de Viana do Alentejo | | | | |
| CPCJ de Velas | Avenida da Conceição, s/n | 9800-521 Velas | 295 430 070 | 295 430 075 |
| CPCJ de Viana do Castelo | Rua Cândido dos Reis | 4901-877 Viana do Castelo | 258 809 300 | 258 809 347 |
| CPCJ de Vieira do Minho | Praça Guilherme de Abreu | 4850-527 Vieira do Minho | 253 649 270 | 253 647 856 |
| CPCJ de Vidigueira | Praça da República - Paços do Concelho | 7960-225 Vidigueira | 284 437 400 | |

| CPCJ | MORADA | CÓDIGO POSTAL | TELEFONE | FAX |
|-----------------------------------|--|-----------------------------------|----------------------------|---------------|
| CPCJ de Vila de Rei | Praça Mattos e Silva Neves | 6110-174 Vila de Rei | 274 890 010 | 274 890 018 |
| CPCJ de Vila do Conde | Rua da Igreja | 4480 Vila do Conde | 252 248 400 | 252 641 853 |
| CPCJ de Vila do Porto | Largo Nossa Senhora da Conceição | 9580 Vila do Porto | 296 820 000 | 296 820 009 |
| CPCJ de Vila Franca de Xira | Rua Alves Redol, n.º 16 | 2600-096 Vila Franca de Xira | 263 274 523 968 170 764 | 263 276 855 |
| CPCJ de Vila Franca do Campo | Largo Bento Góis | 9680-111 Vila Franca do Campo | 296 581 010/1 | 296 581 012 |
| CPCJ de Vila Nova da Barquinha | Largo 1.º de Dezembro | 2260-403 Vila Nova da Barquinha | 249 715 143 | 249 715 143 |
| CPCJ de Vila Nova de Cerveira | Av. Dr. Luciano de Castro | 4920-277 Vila Nova de Cerveira | 251 708 020 | 251 708 022 |
| CPCJ de Vila Nova de Famalicão | Rua Camilo Castelo Branco, n.º 104 | 4760-127 Vila Nova Famalicão | 252 317 937 | 252 323 751 |
| CPCJ de Vila Nova de Foz Côa | Praça do Município-Lugar Vila Nova Foz Côa | 5150-642 Vila Nova Foz Côa | 279 760 429 | 279 760 439/8 |
| CPCJ de Vila Nova de Gaia | Praceta 25 de Abril, n.º 54-1º Dtº. | 4430-257 Vila Nova de Gaia | 223 760 608 | 223 760 608 |
| CPCJ de Vila Nova de Paiva | Apartado 14 | 3650 Vila Nova de Paiva | 232 601141 | |
| CPCJ de Vila Nova de Poiares | Apartado 3 | 3351-909 Vila Nova de Poiares | 239 420 850 | 239 422 942 |
| CPCJ de Vila Pouca de Aguiar | Rua Comendador Silva | 5450-020 Vila Pouca de Aguiar | 259 419 100 | 259 417 493 |
| CPCJ de Vila Real | Rua Alexandre Herculano, nº34 | 5000-642 Vila Real | 259 326 606 | 259 326 667 |
| CPCJ de Vila Real de Sto. António | Praça Marquês de Pombal | 8900-231 Vila Real de Stª António | 281 510 087 | 281 513 806 |
| CPCJ de Vila Verde | Praça do Município | 4730-733 Vila Verde | 253 310 586 | 253 310 594 |
| CPCJ de Vimioso | Praça Eduardo Coelho | 5230-315 Vimioso | 273 518 120 | 273 512 510 |
| CPCJ de Vinhais | Rua das Freiras, nº13 | 5320-326 Vinhais | 273 770 300 | 273 771 108 |
| CPCJ de Viseu | Rua João Mendes, 51 - 2º Esq. | 3500-142 Viseu | 232 435 562 | 232 437 012 |
| CPCJ de Vizela | Rua Dr. Alfredo Pinto, nº42 | 4815-427 Vizela | 253 484 241 | 253 481 268 |
| CPCJ de Vouzela | Alameda D. Duarte de Almeida | 3670-250 Vouzela | 232 740 744 | 232 748 023 |