



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;

Disponer 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.

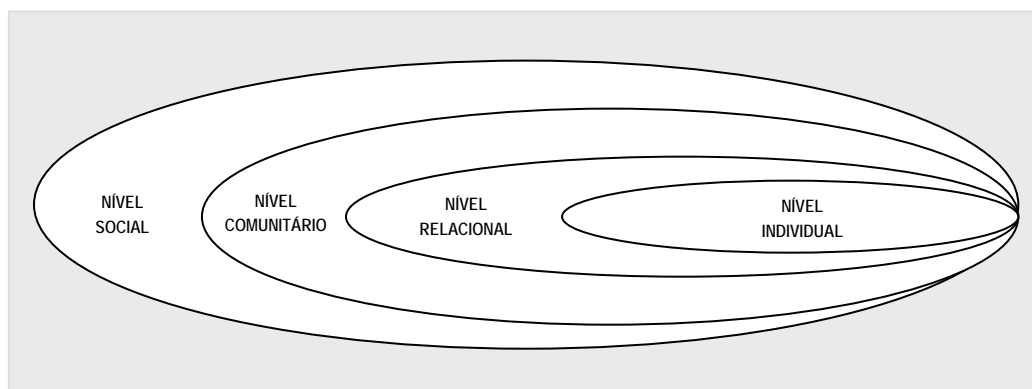
São de realçar algumas iniciativas meritórias que, não obstante o seu carácter pontual e exploratório, permitiram constatar, na sociedade portuguesa, a elevada magnitude e diversidade na expressão e forma do problema. A título de exemplo refiram-se os relatórios do Centro de Estudos Judiciários sobre "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 assumira 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)

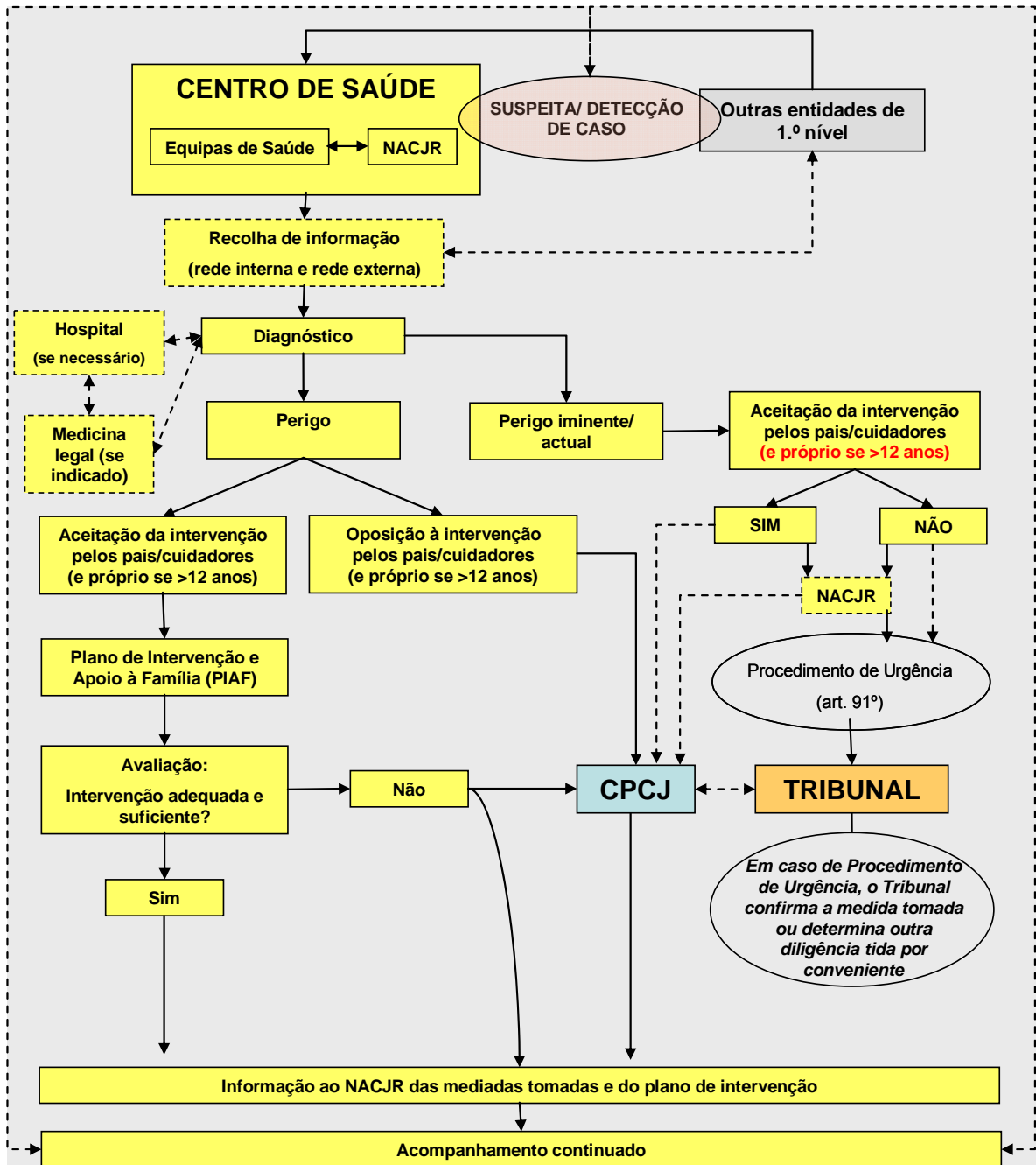
Uma vez aceite o PIAF, cabe ao profissional/equipa de saúde ou ao NACJR, consoante as situações, monitorizar a aplicação do plano e proceder à respectiva avaliação.

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.

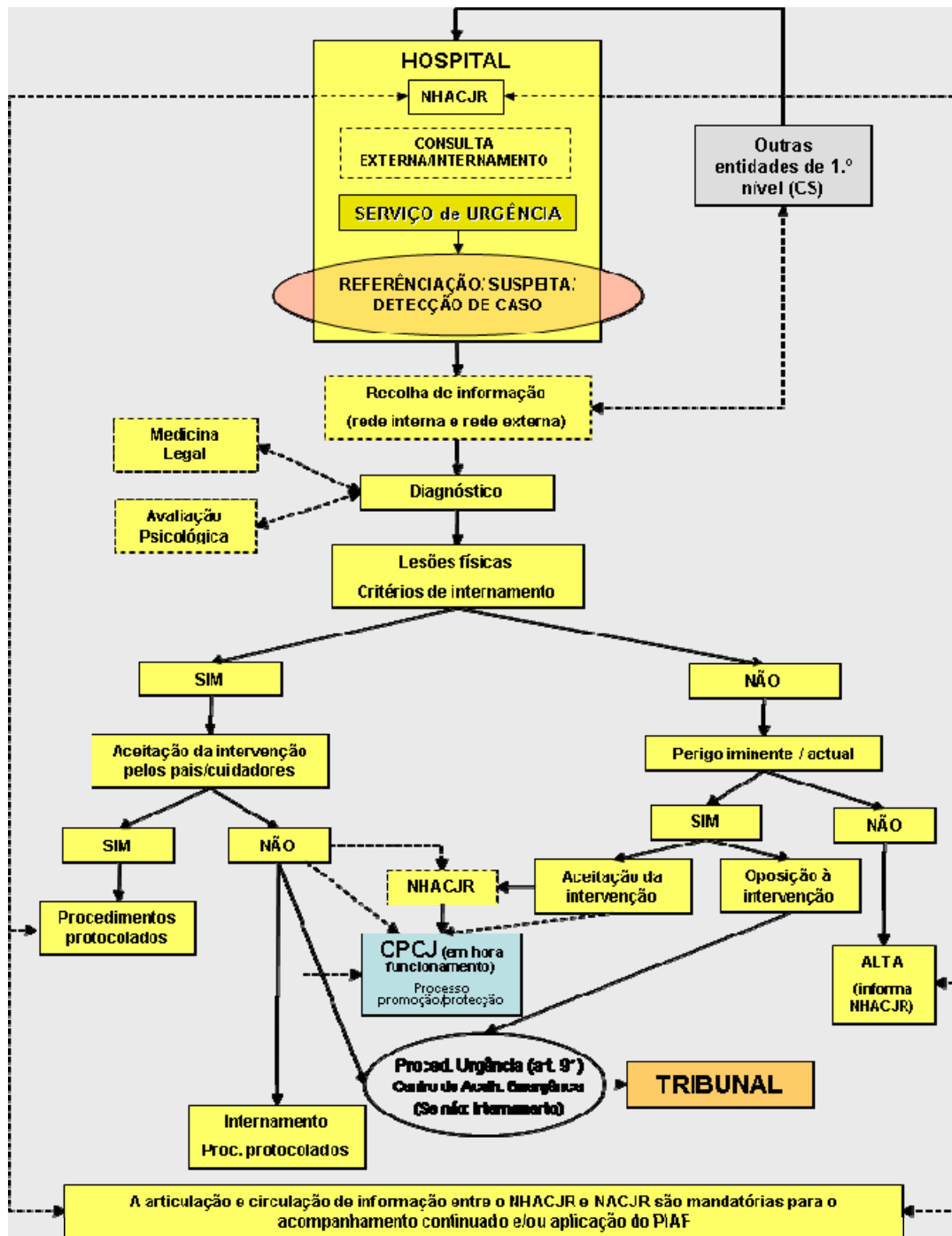
Após a sinalização, a CPCJ contacta os pais, representantes legais ou quem tem a guarda de facto da criança ou do jovem, com vista a *obter o necessário consentimento* para intervir; caso tal suceda, aquela entidade, ficando legitimada para o fazer, deverá articular-se com o Hospital de forma a garantir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

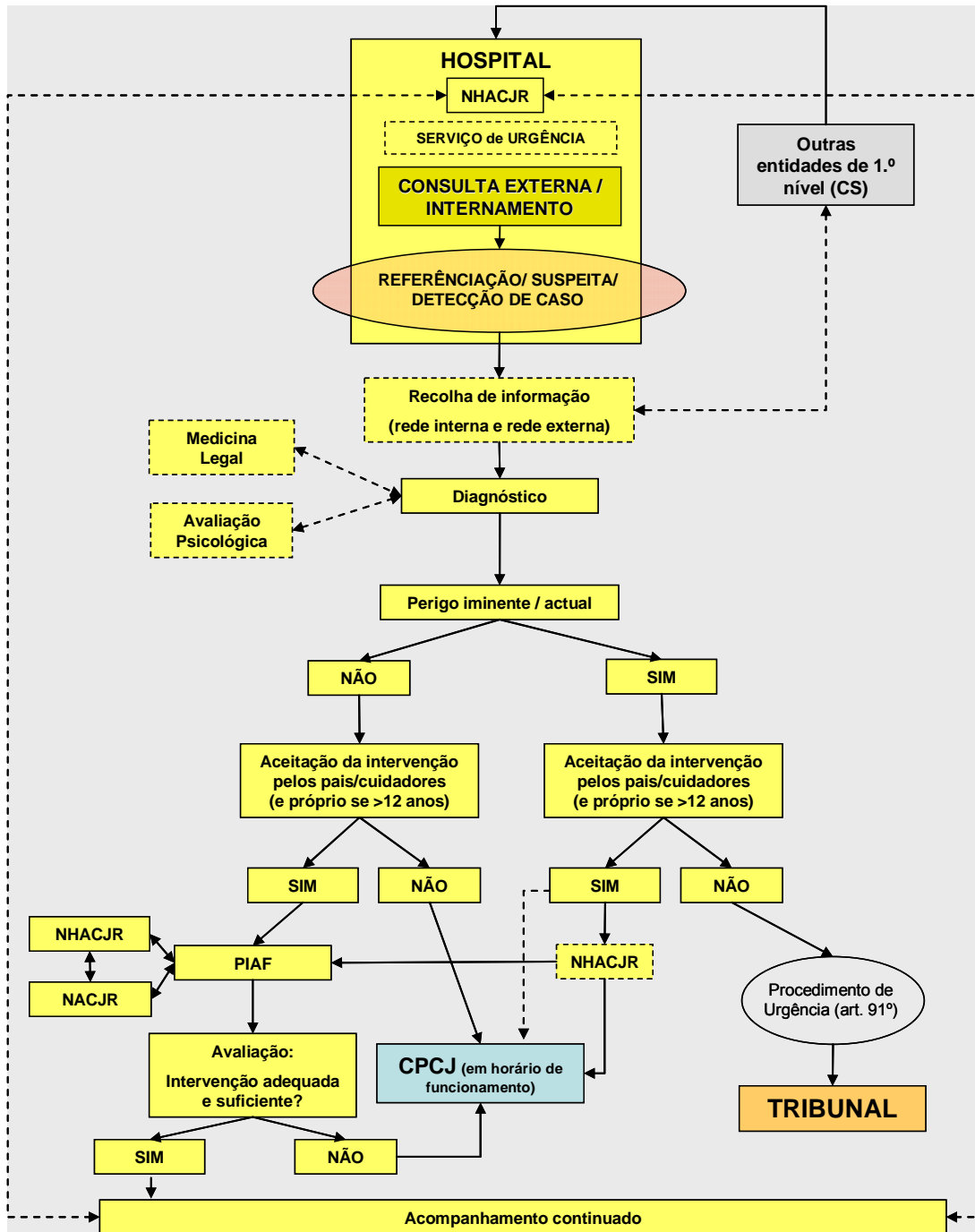
Uma vez aceite o PIAF e referenciado o caso ao CS, cabe ao NACJR do CS monitorizar a aplicação do plano e proceder à respectiva avaliação, dando informação de retorno ao NHACJR, que a transmitirá à equipa de saúde que o referenciou.

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:

- Apoio junto dos pais;
- Apoio junto de outro familiar;
- Confiança a pessoa idónea;
- Apoio para autonomia de vida;
- 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.

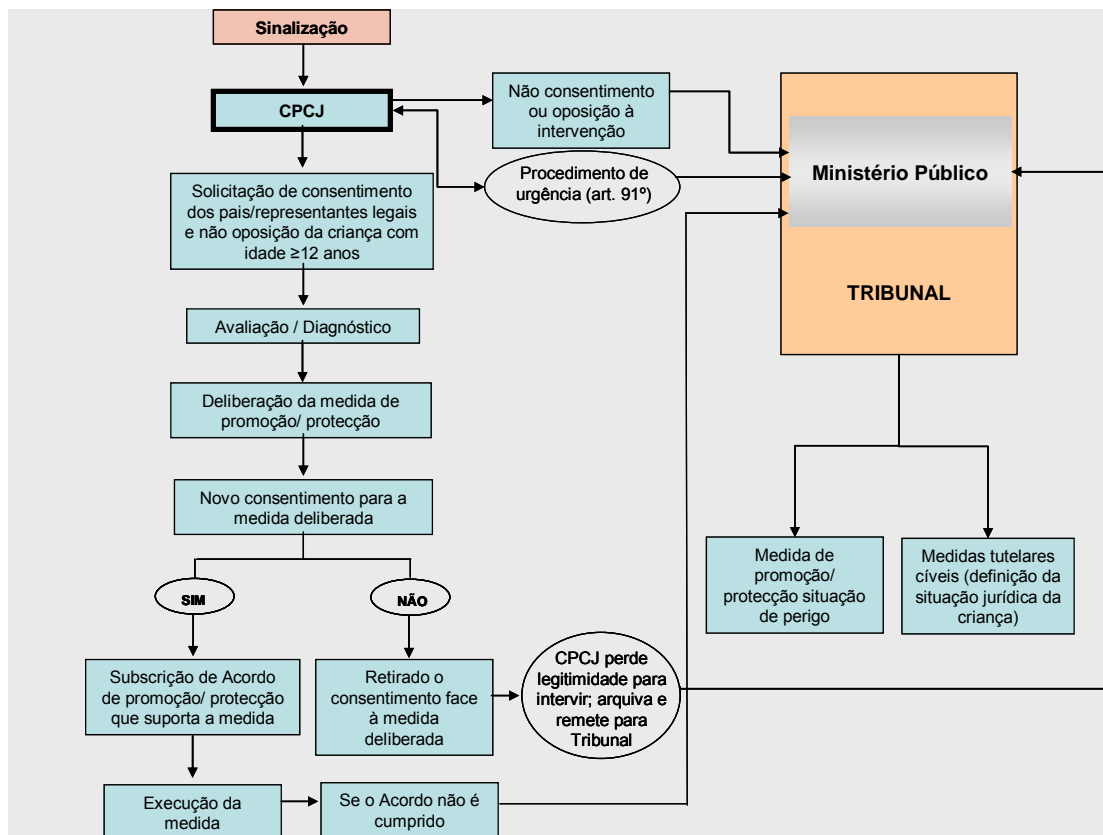
INTERVENÇÃO NAS CPCJ E TRIBUNAIS

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 cuidada 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 Tavalante, 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	2240-341Ferreira 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 Mèda	Largo do Município	6430-197 Mèda	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 Luis 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 Gorjões-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. Ant.º 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