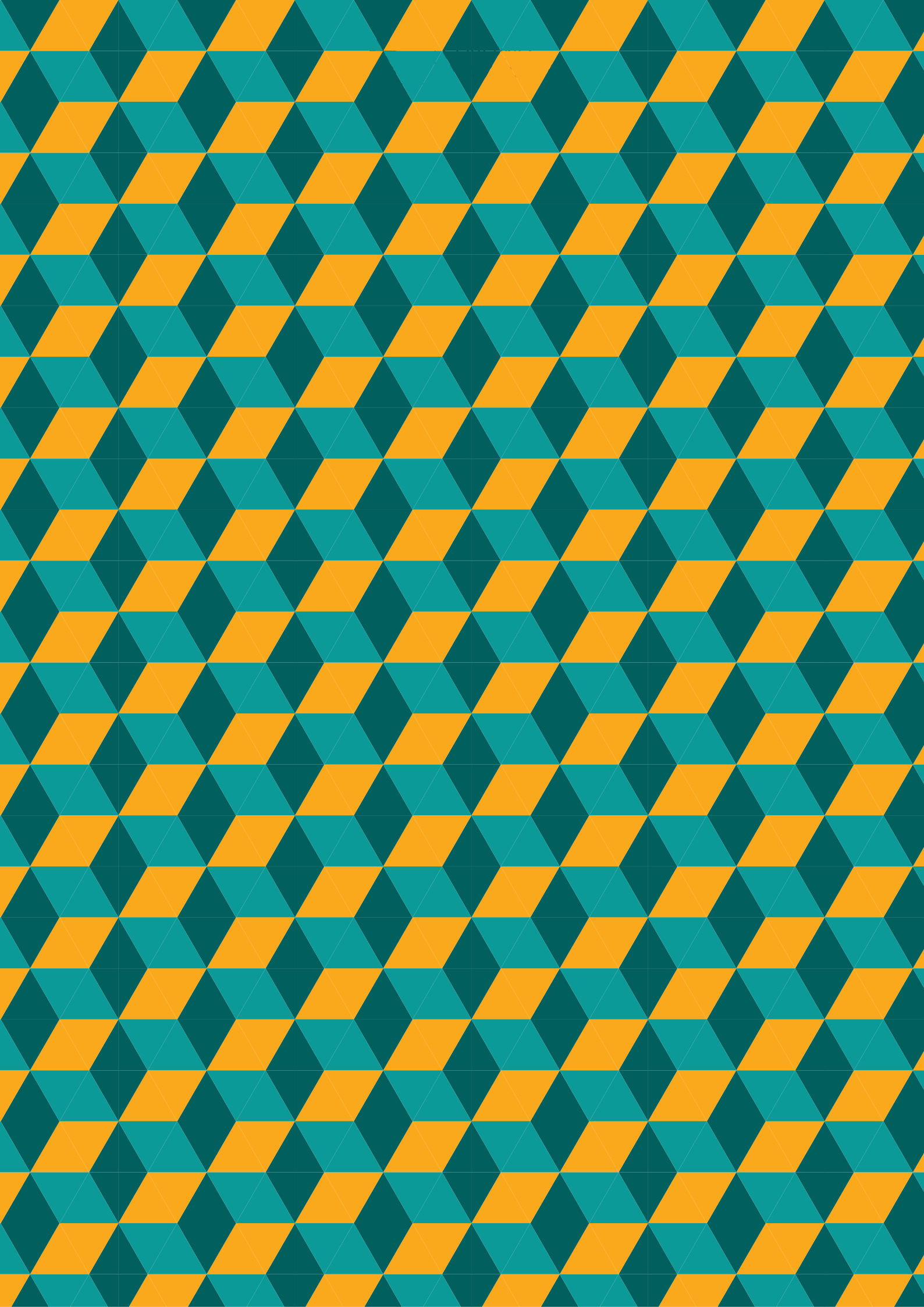
GOVERNO
DOS **AÇORES**

REDE DE REFERENCIAÇÃO / ARTICULAÇÃO

NO ÂMBITO DOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DAS DEPENDÊNCIAS (CAD)



ÍNDICE

5 INTRODUÇÃO

6 DESCRIÇÃO DA REDE

7 PRINCÍPIOS ORIENTADORES

8 OBJETIVOS

9 NÍVEIS DE INTERVENÇÃO EM CAD

12 DESCRIÇÃO DOS NÍVEIS DE INTERVENÇÃO

24 FLUXOGRAMA GLOBAL DA REDE

26 ARQUITETURA DA REDE POR ILHA

- 24 ILHA TERCEIRA
- 25 ILHA DE SÃO JORGE
- 26 ILHA GRACIOSA
- 27 ILHA DO FAIAL
- 28 ILHA DO PICO
- 29 ILHA DAS FLORES
- 30 ILHA DO CORVO
- 31 ILHA DE SANTA MARIA
- 32 ILHA DE SÃO MIGUEL

33 INSTRUMENTOS DE RASTREIO

35 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

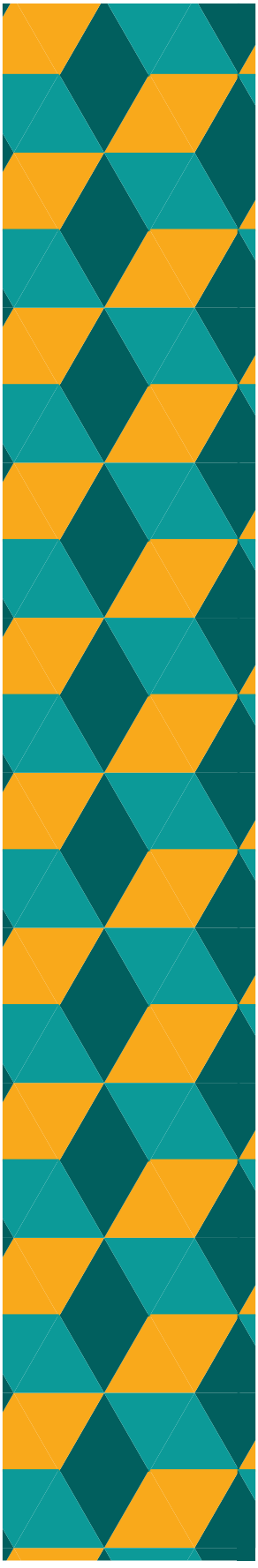
36 IMPLEMENTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA REDE DE REFERENCIAÇÃO

37 GLOSSÁRIO

44 BIBLIOGRAFIA

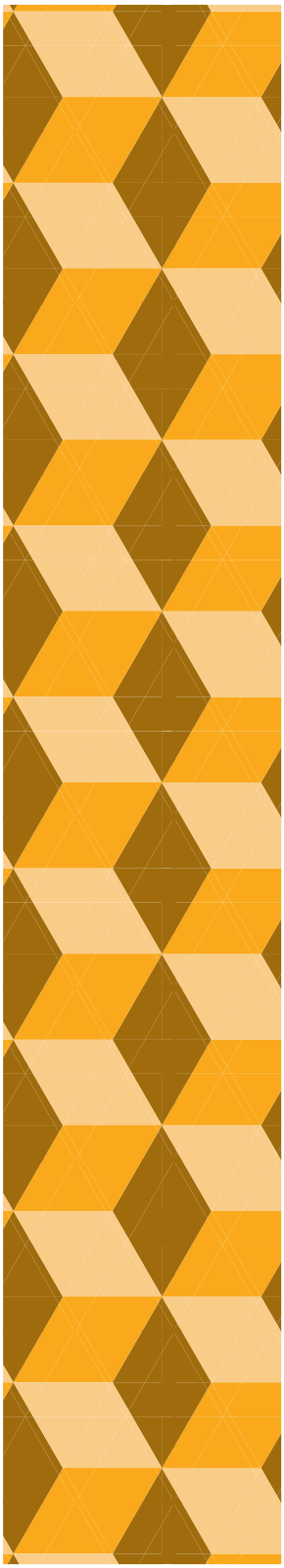
46 SIGLAS E ACRÓNIMOS

49 ANEXOS



GOVERNO
DOS **AÇORES**

1 INTRODUÇÃO



A definição e implementação de uma Rede de Referenciação/ Articulação, de forma a promover o acesso dos utentes com problemas de Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD) aos cuidados e serviços de que efetivamente necessitam, tem-se demonstrado como uma necessidade premente pelos profissionais que atuam nas diferentes áreas de intervenção.

Assim sendo, a Direção Regional de Prevenção e Combate às Dependências (DRPCD) estabeleceu este objetivo como prioritário no seu plano de ação. A organização desta Rede visa, sobretudo, definir e integrar a prestação de cuidados, em função das necessidades dos utentes em matéria dos comportamentos aditivos e dependências.

Nesta Rede de Referenciação / Articulação, no âmbito dos CAD estão abrangidos os serviços de saúde públicos, os diferentes sistemas incluídos no trajeto de acompanhamento destas populações (Segurança Social, Educação, Segurança Pública, Justiça), os mecanismos dirigidos à problemática da violência familiar e às crianças e jovens em risco, bem como entidades privadas que têm um papel fundamental no tratamento dos comportamentos aditivos e das dependências.

Esta Rede de Referenciação/Articulação engloba os vários eixos de intervenção, nomeadamente a prevenção, a redução de riscos e minimização de danos, tratamento, reinserção e dissuasão.

Assim, a elaboração do presente documento tem como objetivos dar a conhecer a Rede de Referenciação/Articulação e auxiliar a população em geral e os profissionais na implementação dos circuitos definidos pela mesma. Este documento integra o modelo organizacional, definindo-se o circuito de referenciação dos utentes com comportamentos aditivos e/ou dependências, de acordo com o grau de gravidade da sua situação; os elemen-

tos da Rede e respetivas atribuições/competências, por níveis de intervenção; e a arquitetura da Rede de Referenciação/Articulação por ilha/serviço de saúde da Região Autónoma dos Açores (RAA). Importa salientar que, atendendo à parceria existente entre o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) e a DRPCD, enquanto organismos responsáveis por uma política pública integrada e eficaz no âmbito da Prevenção dos CAD, o presente documento foi elaborado com base no documento "Rede de Referenciação/Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências" (SICAD, 2013), tendo sempre presente as especificidades de cada ilha da RAA.

2 DESCRIÇÃO DA REDE

Pretende-se, com a Rede de Referenciação, regular a articulação e a complementaridade no apoio técnico entre todas as estruturas que prestam cuidados na área de CAD, de modo a garantir a cobertura de intervenção a todas as pessoas nesta área e em todos os níveis de intervenção, consubstanciado num sistema integrado de informação institucional. Caracteriza-se, assim, como um conjunto de intervenções especializadas que pretende promover:

- Articulação em rede, de acordo com as características dos recursos disponíveis, das determinantes e condicionantes locais, regionais e nacionais e do tipo de especificidade em questão.
- Reconhecimento de complementaridades, de modo a aproveitar sinergias.
- Reunir experiências para promover a aquisição de conhecimentos e a especialização dos técnicos e, consequentemente, melhorar a qualidade dos serviços.
- Otimização de recursos e maximização da sua rentabilidade.

Pretende ser um fator de melhoria da qualidade e da eficiência das respostas aos cidadãos, com problemas relacionados com os CAD, promovendo *"a definição e clarificação de conceitos relacionados com a severidade das dependências, a identificação das estruturas na comunidade mais vocacionadas para dar resposta às situações padronizadas, a adoção de normas e orientações técnicas para atuar junto dos cidadãos com problemas, a capacitação dos profissionais."* (SICAD).

3 PRINCÍPIOS ORIENTADORES

Centralidade no cidadão

A intervenção neste âmbito deve assumir a centralidade no cidadão, numa visão ativa do seu ciclo de vida e considerando as diferentes etapas de desenvolvimento. O indivíduo é corresponsável pelas escolhas e comportamentos que visem a própria saúde, qualidade de vida e bem-estar, enquanto indivíduo ativo no exercício da cidadania e em interação nos e com os contextos que frequenta, ao longo das diferentes etapas da sua vida. É, pois, fundamental disponibilizar respostas o mais precocemente possível, que não se centrem apenas na doença, mas que promovam a saúde e o bem-estar da pessoa, com o propósito de reforçar os laços familiares e sociais, promovendo as competências pessoais e sociais e aumentando o sentido de pertença.

Acessibilidade

As respostas, os serviços e a prestação de cuidados deverão ser disponibilizados e acessíveis, de uma forma direta, contínua e permanente, a todas as pessoas que evidenciem a necessidade de usufruir dos mesmos.

Gravidade / Severidade dos consumos e dos comportamentos

Os CAD podem manifestar-se de formas muito diversas e complexas, tanto na natureza, como na gravidade dos problemas a eles associados (individuais, familiares, sociais, legais), sendo, assim, fundamental a sua avaliação pelo grau de severidade.

Territorialidade

Uma Rede de Referenciação/Articulação para ser eficaz e adequada, deverá ter como objetivo a otimização das sinergias em cada território. Deverá basear-se no conhecimento da realidade que, para além

da identificação dos problemas, reconheça as potencialidades para a mudança que existam no meio social de intervenção, bem como os recursos e respostas disponíveis, com a participação e definição de papéis de todos os atores nesse dado território.

4 OBJETIVOS

A Rede de Referenciação / Articulação é uma rede dinâmica que permite alargar o seu âmbito a novos agentes e a novas intervenções, de modo a permitir uma resposta assistencial que efetivamente atenda aos diferentes graus de gravidade e à complexidade real destes problemas, adequando-se a novas realidades e desafios.

Procura, enquanto objetivos:

- Definir, numa dinâmica relacional e interatuante, o conjunto de recursos, no âmbito dos CAD, numa lógica de proximidade dos cuidados de saúde e de acessibilidade dos cidadãos aos mesmos, promovendo, assim, uma maior qualidade e eficiência na prestação de cuidados.

- Organizar, por níveis distintos de intervenção, a articulação entre os Cuidados de Saúde Primários, as Equipas Técnicas Especializadas na intervenção em CAD, as intervenções no âmbito da Cessação Tabágica, as Estruturas de Especialidades Médico-Cirúrgicas Hospitalares, as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) / Organizações Não Governamentais (ONG) [ao nível do ambulatório, internamento, Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD), Saúde Mental e Psiquiatria, Tratamento em Comunidade Terapêutica convencionada(CT)] e Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT), entre outros.

- Assegurar a interação/articulação entre os serviços que atendem cidadãos com comportamentos aditivos e dependências, desde a deteção precoce até à abordagem mais diferenciada, sustentada por um sistema integrado de informação interinstitucional.

5 NIVEIS DE INTERVENÇÃO EM CAD

Os CAD são um problema de saúde pública, a nível mundial. Os danos relacionados com os consumos de substâncias ilícitas são somente uma parte do problema, aos nos confrontarmos com as repercussões dos consumos de álcool, de tabaco e medicação não prescrita. Se a estas juntarmos as consequências na saúde de um conjunto de comportamentos, que na sua origem remetem ao mesmo fundamento neurobiológico que as dependências "clássicas" e em que estão ausentes as substâncias, a extensão do problema avoluma-se exponencialmente. Os comportamentos aditivos poder-se-ão manifestar em todas as idades, em qualquer fase do ciclo de vida de um indivíduo e são, geralmente, de evolução crónica, sujeitos a períodos de recaídas e de remissão e, interligados (como causa e consequência), muito frequentemente, com outras patologias físicas e/ou psíquicas e com riscos e danos variados. Por serem de etiologia multidimensional, se expressarem de forma muito distinta e induzirem consequências nas diferentes vertentes da vida pessoal e social, justificam a necessidade da promoção da acessibilidade das pessoas com CAD a serviços diferenciados/especializados, onde possam obter respostas adequadas ao nível de severidade dos seus problemas.

Consumo de Baixo Risco	Corresponde a um padrão de consumo que, na ausência de determinadas condições, se utiliza para indicar que o consumo está dentro dos parâmetros legais e médicos e associado a uma baixa incidência de problemas sociais e de saúde.
Consumo de Alto Risco	Corresponde a um nível ou padrão de consumo, ocasional ou continuado, que aumenta a probabilidade de ocorrência de consequências prejudiciais para o consumidor, nomeadamente de doenças, acidentes, transtornos mentais ou do comportamento, se persistir.
Consumo Nocivo	Corresponde a um padrão de consumo que causa danos na saúde física e mental do indivíduo, acompanhado ou não de consequências sociais adversas, mas que não preenche os critérios de dependência. Os danos objetivos presentes podem ser agravados pela continuação do consumo.
Dependência	Corresponde a um padrão de consumo constituído por um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais, que podem desenvolver-se após o uso repetido de substâncias. Inclui um desejo intenso de consumo, descontrolo sobre o seu uso, continuação dos consumos independentemente das suas consequências, uma alta prioridade aos consumos em detrimento de outras atividades e obrigações, aumento da tolerância e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado. A dependência alcoólica pode ser classificada em três níveis: Ligeira - sem sinais físicos de privação. Moderada - com privação física. Grave - história de *delirium tremens*/crises convulsivas. Com repercussões de natureza orgânica.
Dependência Grave	Caracterizada por um conjunto de sintomas e comportamentos que indicam que a(s) substância(s) ocupam o foco central na vida da pessoa, que é difícil de alterar e que se produziram mecanismos de neuroadaptação. Surgem fenómenos de tolerância e de abstinência, com repercussões de natureza orgânica.

FIGURA 1 - CLASSIFICAÇÃO DOS CONSUMOS (SICAD)

Estas problemáticas podem manifestar-se por diferentes sinais de alarme, desde alterações do comportamento e doenças somáticas, passando por situações em que já podem ser evidentes padrões disfuncionais de consumo (consumo de baixo risco e de risco) – **Nível I.**

Nas situações em que se tornam manifestas as consequências nocivas diretamente relacionadas com o padrão de consumo existente (p. ex., consumo nocivo, policonsumo ou mesmo a dependência), a gravidade aumenta, ainda que de forma não acentuada. Estes padrões de consumo estão frequentemente associados a comportamentos de risco em diferentes áreas do funcionamento individual (saúde, sexualidade, social, familiar), bem como diferentes patologias (comorbilidades) – **Nível II.**

Havendo um agravamento do nível da patologia aditiva subjacente, bem como das suas consequências, a dependência assume características graves, podendo levar ao aumento da adição por outros consumos e, por consequência, a um aumento de probabilidade do aparecimento e/ou agravamento de comorbilidades (psicopatologia grave) – **Nível III.**

O modelo de intervenção integrada requer, assim, uma avaliação multidimensional do nível de risco em que a pessoa se encontra e uma intervenção de proximidade, multi-setorial, que permita maximizar resultados e alcançar ganhos sociais e de saúde.

Nível de risco	**Nenhum/baixo**		**Moderado**		**Alto**	
Nível de consumo	Abstinência	Consumo de baixo risco	Consumo de risco	Consumo nocivo	Dependência	Dependência Grave
Nível de Intervenção	**Nível I**		**Nível II**		**Nível III**	

FIGURA 2 - RELAÇÃO DE NÍVEIS DE CONSUMO, RISCO E INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DOS CAD (SICAD)

Esta rede de serviços estruturados em três diferentes níveis de intervenção na área dos CAD tem, assim, como objetivo reforçar sinergias de atuação, numa lógica centrada no cidadão, de forma a evitar a fragmentação da prestação de cuidados.

	Problemas	*Intervenções*	*Cuidados de Saúde*
Nível I	Perturbações do comportamento; Consumo de Baixo Risco; Consumo de Risco; Doenças crónicas diversas; Consumo Nocivo; Dependência Ligeira.	Prevenção Seletiva e Indicada; Deteção Precoce Intervenção Precoce; Intervenção Breve; Programas de Intervenção Comunitária.	**Cuidados de Saúde Primários:** Unidades de Saúde de Ilha (USI) • IPSS. **Cuidados de Saúde Especializados:** • Equipas de Intervenção em CAD (USI/IPSS protocoladas).
Nível II	Consumo Nocivo; Dependência; Policonsumo; Comportamentos de Risco; Comorbilidade.	Prevenção Indicada; Intervenção Breve; Programas de Intervenção Comunitária; Tratamento Integrado; RRDM; Reinserção.	**Cuidados de Saúde Especializados:** • Equipas Técnicas Especializadas nos CAD (USI e IPSS protocoladas); • Unidade de Desabituação (CSSM e CSSR); • Comunidades Terapêuticas convencionadas; • Áreas de Dia/Centros de Dia; • Equipas de Apoio Intensivo à Cessação Tabágica (USI).
Nível III	Dependência Grave; Policonsumo; Comorbilidade Física; Psicopatologia Grave.	Tratamento Integrado; Desintoxicação/Desabituação; Internamento por Patologia Psiquiátrica; Programas de Tratamento Opiáceo; RRDM; Reinserção.	**Cuidados de Saúde Especializados:** • Equipas Técnicas Especializadas nos CAD; • Comunidades Terapêuticas convencionadas; • Unidade de Desabituação (CSSM e CSSR); • Centro de Reabilitação Juvenil dos Açores; **Cuidados de Saúde Hospitalares:** • Serviços de Psiquiatria (HDES, HSEIT, HH); • Serviços de Especialidades Médico-cirúrgicas.

QUADRO 1 - ALGORITMO DA REDE (BASEADO NA REDE DO SICAD ATUALIZADA EM 17.03.2014)

6 DESCRIÇÃO DOS NÍVEIS DE INTERVENÇÃO

Nível I

No Nível de Intervenção I da Rede de Referenciação/Articulação, estão envolvidos os Cuidados de Saúde Primários (CSP), não sendo o acesso à Rede exclusivo através deles.

Pela abrangência dos problemas onde intervém, bem como a diversidade de intervenções que asseguram (Equipas de Saúde Escolar, Núcleos de Apoio à Criança e Jovem em Risco, Consulta Infantojuvenil, etc.), os CSP são o pilar de intervenção em saúde, uma vez que se definem por:

- Intervir ao longo de todas as fases do ciclo de vida dos cidadãos e integrar as diversas modalidades de intervenção, com toda a população, nomeadamente na promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e reinserção social.

- Promover a equidade e o acesso aos cuidados de saúde, dado que se operacionalizam através de serviços de proximidade e de proatividade para os cidadãos, designadamente para com os mais vulneráveis.

- Fomentar a participação ativa dos cidadãos, das famílias e da comunidade, quer no seu processo de saúde, quer na saúde dos outros.

No âmbito da prestação de Cuidados de Saúde, salientam-se as USI, que incluem quatro ou cinco unidades funcionais, dependendo da sua especificidade, nomeadamente a Unidade de Saúde Familiar e Comunitária, Unidade de Saúde Pública, Unidade de Diagnóstico e Tratamento, Unidade de Internamento e Unidade Básica de Urgência.

Pelo acima exposto, facilmente se compreende o facto de os profissionais dos Centros de Saúde (CS) terem maior oportunidade de identificar e intervir precocemente nos sinais de alarme relativos aos CAD, nos consumos de risco e nas perturbações de comportamento, quer no decurso de ações de promoção da saúde e prevenção da doença, quer na abordagem de doenças físicas crónicas diversas.

A sensibilização dos profissionais de saúde para a relevância da deteção precoce e intervenção junto dos utentes com consumos de álcool de baixo risco, de risco e nocivos, incluindo os padrões de consumo excessivo episódico (*binge drinking*), deverá ser potenciada através de ações de formação, no sentido de se desenvolverem competências práticas no sistema de saúde (utilização de técnicas e instrumentos), que têm como objetivo identificar problemas com o uso de diferentes substâncias psicoativas.

Neste enquadramento, os profissionais dos CSP, deverão estar habilitados à:

- Deteção precoce e avaliação do grau de gravidade: consumos de baixo risco, de risco, nocivo e dependência, podendo envolver a utilização de instrumentos que facilitem essa deteção, como sejam o *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)* e/ou *The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)* (Vide anexo I).

- Intervenção precoce: intervenção breve com eventual envolvimento de outros técnicos para níveis de gravidade mais baixos, e/ou referenciar utentes com consumos nocivos e/ou dependência para as unidades de intervenção mais diferenciadas.

O Médico de Medicina Geral e Familiar (MGF), enquanto elemento de referenciação dos CSP, articula a sua intervenção numa visão global e integradora da saúde, atendendo aos contextos específicos e às fases do ciclo de vida em que se insere o utente. Uma particular atenção deve ser dada à deteção de CAD em grupos considerados mais vulneráveis (p. ex., jovens, grávidas e idosos).

Por outro lado, a intervenção individual com o utente deve igualmente ter em conta o contexto familiar; neste âmbito, e para situações de maior gravidade como o consumo nocivo e a dependência, deve ser dada particular atenção às eventuais consequências sobre os filhos, no seu desenvolvimento. Ainda na sua esfera de atuação, competirá ao Médico de Medicina Geral e Familiar avaliar outros problemas de saúde relacionados com os CAD.

Também no âmbito dos CSP, nas USI (exceto Corvo, Faial e S. Miguel), diferenciaram-se estruturas com formação e competências específicas para a intervenção em CAD, que atuam no contexto da existência de consumos nocivos e de situações de dependência de menor gravidade. Interatuando com as outras estruturas dos CSP, estas unidades oferecem um apoio mais diferenciado a estes utentes e seus envolventes, oferecendo-se ainda como suporte da intervenção de outros técnicos dos CSP, em termos de orientação e formação nesta área.

De realçar, ainda no presente Nível, a importância de atuação dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco e das Equipas de Intervenção em CAD, constituídas em todas as ilhas (exceto Corvo, Faial e S. Miguel), enquanto estruturas locais, territorialmente definidas e dispondo de Equipas Técnicas que incluem as Equipas de Tratamento, as Equipas de Reinserção e as Equipas de RRMD.

Sem prejuízo de atuarem fundamentalmente no Nível de Intervenção II e III, sempre que a especificidade dos problemas e/ou da abordagem assim justifique, as Equipas de Intervenção em CAD também intervêm no Nível I, nomeadamente no âmbito da Prevenção Seletiva e Indicada, de Projetos de Intervenção Comunitária e Prevenção Universal. É fundamental, ainda nos CSP, o trabalho desenvolvido pelas Equipas de Saúde Escolar e pelas Equipas de Apoio Intensivo à Cessação Tabágica.

Neste Nível I, o Governo Regional dos Açores tem acordos de cooperação com IPSS que desenvolvem as intervenções de Prevenção Seletiva a Indicada, mais direcionadas a:

- Grupo de indivíduos, em diversos contextos, para reforçar os fatores protetores e reduzir ou delimitar os efeitos dos fatores de risco do consumo de substâncias psicoativas e potencializar as resiliências dos indivíduos, atendendo às vulnerabilidades (p. ex., grupo de filhos de dependentes).

- Pessoas sinalizadas com comportamentos de risco para o desenvolvimento de CAD, que exibem sinais de uso de substâncias ou que apresentam outros comportamentos problemáticos (práticas sexuais de risco, fraco desempenho escolar, etc.).

Sublinhe-se o papel das CDT, enquanto entidades de intervenção local junto de indivíduos conduzidos pelas Forças de Segurança por contraordenação. Neste seguimento, através de avaliação individual, são referenciadoras de indivíduos em contraordenação pelo consumo, aquisição e detenção de substâncias psicotrópicas ilícitas e estupefacientes para consumo próprio.

As CDT são constituídas por três membros com formação preferencialmente nas áreas da Saúde, do Direito, da Psicologia e do Serviço Social. Deverão ter experiência ou formação no domínio dos CAD.

Nível II

Neste Nível de Intervenção II estão envolvidos os Cuidados de Saúde Especializados, designadamente as Equipas Técnicas de intervenção em CAD (todas as USI, exceto no Corvo e São Miguel, que têm duas IPSS com área de intervenção em CAD através de acordo de cooperação com a Secretaria Regional da Saúde), a Unidade de Alcoologia (UA) - Casa de Saúde de S. Rafael (CSSR), as Comunidades Terapêuticas (CT) e os Centro de Dia (CD), IPSS com acordo, mas também as Equipas de Apoio Intensivo à Cessação Tabágica.

O acesso a estes serviços faz-se através da referenciação dos CSP, ou por solicitação direta da pessoa e/ou familiar, podendo também aceder a este nível os utentes referenciados pelos serviços hospitalares (serviços de urgência hospitalar ou ligados à saúde mental e outros), pelos serviços das estruturas não-governamentais com intervenção na área dos CAD (IPSS, ONG e entidades privadas como Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho / Saúde Ocupacional, Estruturas de RRMD) e pelas CDT, Tribunais, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), ISSA, Polícia de Segurança Pública, Guarda Nacional Republicana, Estabelecimentos Prisionais, entre outros.

As Equipas Técnicas Especializadas preconizam o Modelo de Tratamento Integrado, constituindo este o principal eixo da abordagem multidisciplinar em CAD, com auxílio a diversos recursos terapêuticos, nomeadamente programas específicos de tratamento, RRMD, programas de reabilitação/reinserção, em articulação, em momentos simultâneos ou sucessivos, tendo em conta o diagnóstico, as necessidades e capacidades do utente, da família ou envolventes e o seu prognóstico.

Neste processo de tratamento integrado, para além de ser disponibilizada informação sobre as respostas existentes e atribuído um gestor de caso/terapeuta de referência, responsável pelo acompanhamento global da situação do utente, é realizada uma avaliação global e integral da situação do utente:

- Avaliação do motivo do pedido e da motivação para o tratamento.
- Diagnóstico de CAD e eventuais doenças orgânicas e/ou psiquiátricas, englobando cuidados específicos de saúde.
- Identificação precoce e prevenção da infeção por VIH/SIDA.
- Rastreio de Hepatites; Doenças Sexualmente Transmissíveis; Tuberculose e outras patologias.
- Identificação do Diagnóstico Social.
- Definição de um plano individualizado de tratamento.

O referido Modelo de Tratamento é desenvolvido pelas Equipas de Intervenção em CAD, em ambulatório, que prestam cuidados globais às pessoas com problemas no âmbito dos CAD e seus envolventes, nas principais valências:

- Consultas de abordagem biopsicossocial.
- Apoio psicoterapêutico com diferentes modelos conceptuais / Psicoterapias.
- Consultas médicas.
- Programas específicos de tratamento por substituição opiácea.
- Consultas destinadas a públicos-alvo específicos, nomeadamente crianças e jovens, grávidas e doentes com patologia mental concomitante, famílias – incluindo filhos de pessoas dependentes.
- Consultas de saúde materna.
- Consultas de saúde infantil.
- Consultas de enfermagem.
- Consultas de fisioterapia.
- Consultas de nutrição.
- Intervenção específica dirigida a pais, outros familiares ou outras pessoas próximas do utente.
- Grupos de suporte terapêutico.

Especial enfoque deve ser dado a grávidas consumidoras, sempre que possível, com a envolvência do companheiro e/ou da família, em que o acompanhamento e tratamento deve ser promovido numa lógica de intervenção integrada com os Serviços de Obstetrícia e com outros serviços considerados necessários, caso exista uma situação de risco ou perigo. A deteção precoce de situações de risco facilita a intervenção adequada por parte das equipas multidisciplinares, uma vez que, para uma mulher consumidora, a sua gravidez não é planeada e a sua identificação é tardia. Por outro lado, é essencial o acompanhamento dos progenitores com o recém-nascido por parte destas equipas, em articulação com o Serviço de Pediatria, a fim de minimizar os possíveis fatores de risco existentes e melhorar a futura vivência da família.

Em complementaridade com a atuação das restantes Equipas Técnicas Especializadas em CAD, também a intervenção das Equipas de Reinserção assenta numa lógica integrada e de continuidade, colocando o enfoque na reparametrização das rotinas quotidianas dos indivíduos, no desenvolvimento de competências sociais e, não menos importante, na intervenção e preparação da família e dos outros

sistemas sociais, que configuram dimensões fundamentais, facilitadoras e potenciadoras das mudanças individuais operadas.

Para além das Equipas de Intervenção em CAD das USI/HH e IPSS e concorrendo para a prossecução dos objetivos do tratamento integrado, importa referir a intervenção, fundamentalmente no Nível II, das Equipas de RRMD. Atuam numa lógica de parceria e complementaridade, quer com as restantes Equipas Técnicas Especializadas em CAD, quer com as instituições promotoras de programas e estruturas sociais e sanitárias de RRMD.

A relevância deste tipo de respostas reside no facto de poderem contribuir para a redução da procura, para a diminuição dos consumos e para a reinserção social, dado que disponibilizam medidas de maior proximidade e alternativas às restantes áreas de intervenção.

Os dispositivos existentes de RRMD, que visam abranger um maior número de consumidores, diminuir os riscos e danos relacionados com o consumo e promover uma política de saúde pública, são[1]:

- Gabinetes de Apoio a Toxicodependentes sem enquadramento sociofamiliar.
- Centros de Acolhimento.
- Centros de Abrigo.
- Pontos de Contacto e de Informação.
- Espaços móveis de prevenção de doenças infeciosas.
- Programas de substituição em baixo limiar de exigência.
- Programas de troca de seringas.
- Equipas de Rua.

De referir que estas estruturas e programas são de acesso direto à população em geral e aos cidadãos com CAD, assim como à referenciação/encaminhamento por parte de todos os serviços interventores da presente Rede de Referenciação/Articulação, sem prejuízo da existência de condições específicas de acesso e de adequabilidade da resposta às necessidades da pessoa.
Para a prossecução das suas atribuições e competências, as Equipas de Intervenção em CAD nas USI têm uma composição multidisciplinar, designadamente de Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes Sociais, Técnicos Psicossociais, entre outros.
Para os utentes em tratamento e abstinentes, com suporte familiar insuficiente ou inexistente, mas ainda sem projeto de reinserção social e bastante vulneráveis do ponto de vista emocional, são os Centros de Dia (CD) as estruturas preferen-

[1] *Nos dispositivos de RRMD, foram contempladas estruturas inexistentes na Região Autónoma dos Açores, uma vez que, futuramente e de acordo com as necessidades e prioridades, poderá proceder-se à criação das mesmas.*

ciais de resposta e de continuidade do tratamento. Os CD são estruturas de apoio ao tratamento e à reinserção, com enfoque social e psicoterapêutico, em regime de ambulatório, que se configuram como essenciais em determinadas fases do projeto terapêutico, uma vez que visam a ressocialização, o desenvolvimento pessoal e a promoção da autonomia, a aquisição e o treino de competências sociais e, consequentemente, a promoção da reabilitação e reinserção social dos indivíduos.

Ainda no âmbito dos Cuidados de Saúde Especializados, mas paralela e complementarmente às estruturas supramencionadas, existem serviços com um maior nível de especialização com uma função muito específica no processo terapêutico dos utentes com CAD, nomeadamente as Unidades de Alcoologia (UA) e as CT. Os utentes são referenciados a estas Equipas pelos CSP, pelas Equipas de Intervenção em CAD e IPSS com intervenção em CAD, quando apresentam situações clínicas muito específicas e de maior complexidade e pretende-se que alcancem objetivos muito concretos do seu programa de tratamento individualizado, devendo regressar depois ao serviço de origem. Na sequência destas especificidades, no final do referido documento (anexos), encontram-se as orientações para referenciação dos utentes a efetuar pelos diversos interventores.
Na abordagem dos problemas ligados ao álcool, as UA, que operam essencialmente nos Níveis II e III, são as estruturas especializadas de referência na prestação de cuidados mais diferenciados e integrados a doentes com problemas de consumo nocivo e dependência alcoólica moderada a grave, em regime de ambulatório ou internamento.

A referenciação de situações de consumos nocivos, de dependência alcoólica moderada e de policonsumos poderá também ser realizada para as Equipas de Intervenção em CAD ou Casas de Saúde. Os utentes com critérios de gravidade clínica e/ou de comorbilidades deverão ser referenciados para os Cuidados de Saúde Hospitalares (Serviços de Urgência ou Serviços de Especialidades Médico-Cirúrgicas ou Serviços Locais de Saúde Mental, respetivamente).

As UA, dotadas de equipas multidisciplinares, disponibilizam várias modalidades de programas de tratamento individualizado, com vista à manutenção da abstinência, à prevenção das recaídas, à redução de danos e à reabilitação social e familiar.

Nas CT, especializadas e de internamento prolongado (habitualmente com a duração de 3 a 12 meses), pretende-se dar resposta terapêutica a utentes em tratamento noutras unidades – Nível II e III, que apresentem algumas das seguintes características:

- Gabinetes de Apoio a Toxicodependentes sem enquadramento sociofamiliar.
- Centros de Acolhimento.
- Centros de Abrigo.
- Pontos de Contacto e de Informação.
- Espaços móveis de prevenção de doenças infeciosas.
- Programas de substituição em baixo limiar de exigência.
- Programas de troca de seringas.
- Equipas de Rua.

O programa terapêutico numa CT oferece uma abordagem global com atividades do tipo psicoterapêutico, ocupacional, socioeducativo e médico-sanitário. O objetivo do tratamento é, assim, a reabilitação do utente, dado que se procura que este desenvolva novas aptidões pessoais, familiares e sociais, que lhe permitem uma melhor reinserção social e familiar.

Para o desenvolvimento das várias técnicas terapêuticas, existe uma equipa multidisciplinar com Médicos, Psicólogos, Assistentes Sociais e Enfermeiros. Quando as CT desenvolvem programas específicos dirigidos a menores e adolescentes, a grávidas e a pessoas com comorbilidade, esta equipa técnica deve ser reforçada com apoio escolar, obstétrico, pediátrico e psiquiátrico.
De referir que a decisão para o internamento nas CT cabe às Equipas de Intervenção em CAD, em estreita relação e coordenação com a equipa da CT, podendo também existir o encaminhamento direto pelos Tribunais em situação de cumprimento de medidas tutelares e cumprimento alternativo de pena judicial. Para garantia da continuidade do tratamento após a alta da CT, o utente deve ser referenciado para o serviço de origem.

De igual modo, é de salvaguardar que, embora indiretamente e enquanto importantes parceiros, também integram a Rede de Referenciação/Articulação, as unidades privadas de saúde, com ou sem fins lucrativos, que têm em vista o apoio a pessoas com CAD, nomeadamente as unidades de internamento como as Clínicas de Desabituação, as Comunidades Terapêuticas, os Centros de Consulta e Centros de Dia, enquanto unidades de ambulatório.

No âmbito do consumo de tabaco, as pessoas que não tenham cessado o consumo após uma intervenção breve, que apresentem um grau de dependência da nicotina elevado, ou história clínica de tentativas de cessação anteriores seguidas de forte síndrome de abstinência e de recaída, devem ter acesso prioritário às Consultas de Apoio Intensivo à Cessação Tabágica. Também, devem ser referenciados para uma consulta de apoio intensivo, todos os utentes fumadores que apresentem determinadas patologias ou critérios clínicos:

- Fumadoras grávidas ou em período de amamentação e mulheres em planeamento familiar que não respondam a abordagens do tipo "intervenção breve".
- Fumadores com patologias relacionadas com o tabaco, em particular Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e neoplasia do pulmão.
- Fumadores com cardiopatia isquémica, arritmias cardíacas ou hipertensão arterial não controladas.
- Fumadores com outros comportamentos aditivos (álcool, outras substâncias psicoativas ilícitas, cafeísmo, jogo patológico, etc.).
- Fumadores com doença psiquiátrica estabilizada.

De acordo com o "Programa-tipo de atuação em Cessação Tabágica", da DGS, o apoio aos utentes fumadores, para que cessem de fumar, deve assentar numa abordagem motivacional, em função de dois tipos de intervenção: Intervenção Breve e a Intervenção de Apoio Intensivo.

A Intervenção Breve pode ser realizada por diversos profissionais de saúde. Assenta numa abordagem de curta duração, que pode assumir a forma de um aconselhamento mínimo (2-3 minutos) ou de um aconselhamento mais aprofundado, que não excede, em regra, os 10 minutos. Este aconselhamento pode ser complementado com prescrição terapêutica (pelo Médico da Equipa de Cessação Tabágica) quando indicada, ou com o encaminhamento para a consulta de apoio intensivo.

A Intervenção de Apoio Intensivo à cessação tabágica assenta numa abordagem programada ao longo de vários meses, realizada em consulta específica para o efeito. As consultas de cessação tabágica encontram-se em funcionamento nas Unidades de Saúde de Ilha e em alguns hospitais do Serviço Regional de Saúde, estando isentas de pagamento de taxa moderadora.

No âmbito deste programa, os utentes fumadores são seguidos ao longo de um ano, tendo por base um modelo de aconselhamento comportamental, complementado por apoio farmacológico. O programa apresenta-se estruturado em 4 a 6 consultas médicas e 3 a 4 contactos telefónicos de acompanhamento.

Este tipo de intervenção possibilita um maior tempo de interação entre o profissional de saúde e a pessoa com dependência do tabaco, o que permite aumentar a taxa de sucesso da cessação tabágica e a prevenção das recaídas. Todos os fumadores que o desejem podem ser atendidos numa consulta de apoio intensivo à cessação tabágica, contudo, a eficácia desta consulta será maior se forem utilizados os critérios de acesso.

Para as situações em que o utente apresenta comorbilidade psiquiátrica e que esteja a necessitar de cuidados especializados e diferenciados, deve ser feita a referenciação para os serviços de psiquiatria.

Nível III

O Nível III exige a intervenção, quer das Equipas de Intervenção em CAD (USI), quer das IPSS com acordo (ambulatório), Unidades de Desabituação (UD) e Comunidades Terapêuticas (CT) convencionadas. Face à elevada frequência de comorbilidades psíquica e física, neste nível pode ser necessária a intervenção dos Serviços de Especialidades Médico-cirúrgicas Hospitalares, bem como de unidades de internamento (Casas de Saúde).

Numa ótica de integração e continuidade de cuidados, as unidades envolvidas neste nível promovem um conjunto de intervenções diferenciadas.
Para as UD, atualmente na região, da responsabilidade da Casa de Saúde de S. Miguel (Substâncias psicoativas lícitas e ilícitas), Casa de Saúde de S. Rafael (substâncias lícitas e dependências não químicas) e do Centro de Reabilitação Juvenil dos Açores, são referenciados os utentes dos níveis II e III de intervenção.

A referenciação e a admissão de utentes nas UD deverão ser efetuadas de acordo com o estipulado pela Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental (RRCCISM) – Decreto Legislativos Regional n.26/2016/A.
O pedido de admissão deverá ser dirigido à DRPCD que, por conseguinte, encaminhará à RRCCISM para aferição de vaga.

A monitorização e avaliação ao nível das UD é realizada de forma articulada e conjunta entre a DRPCD e RRCCISM.

Estas unidades são estruturas orientadas para internamentos programados de curta duração, enquanto etapa do projeto terapêutico e sempre que não sejam possíveis os tratamentos em ambulatório, com uma abordagem preferencial de tratamento psicofarmacológico, apoio psicoterapêutico e educação para a saúde.

As principais situações que as UD estão capacitadas para dar resposta são:

- Tratamento eletivo da síndrome de privação de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas.

- Estabilização/ajuste da dose/descontinuação de programas de tratamento com metadona ou buprenorfina (alta dose) e transferência de programa de tratamento com metadona para buprenorfina (alta dose) e vice-versa.

- Tratamento de comorbilidade psiquiátrica e médica ligeira.

Habitualmente, os internamentos têm a duração de 7 a 10 dias, podendo atingir os 20 dias em situações de comorbilidade. A todos os utentes é definido o seu projeto à saída, nomeadamente: indução de antagonista de opiáceos (p. ex., naltrexona); indução de terapêutica aversiva para o álcool (p. ex., dissulfiram); início/reajuste de terapêutica psicofarmacológica em ambulatório; manutenção e promoção da adesão às terapêuticas antirretroviral e antibacilar; encaminhamento para outras estruturas de acompanhamento em ambulatório e de reinserção sociofamiliar e/ou laboral.

A equipa de uma UD é constituída por Psiquiatra, Médico de Saúde Geral e Familiar, Psicólogo Clínico, Assistente Social, Enfermeiros, Técnicos Psicossociais e Assistentes Operacionais.

Ao nível dos cuidados de saúde hospitalares, compete aos Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental, o tratamento, em ambulatório e internamento, de doentes com CAD que, em termos clínicos e sociais, necessitem de uma resposta mais específica, por comorbilidade psiquiátrica grave.

Na RAA, as equipas técnicas destes serviços trabalham multidisciplinarmente, sendo constituídas por Psiquiatras, Psicólogos, Enfermeiros, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais e outros profissionais.

Estes serviços, que operam fundamentalmente no nível III, devem assegurar a intervenção com doentes internados em serviços médico-cirúrgicos, sempre que seja detetada perturbação mental.

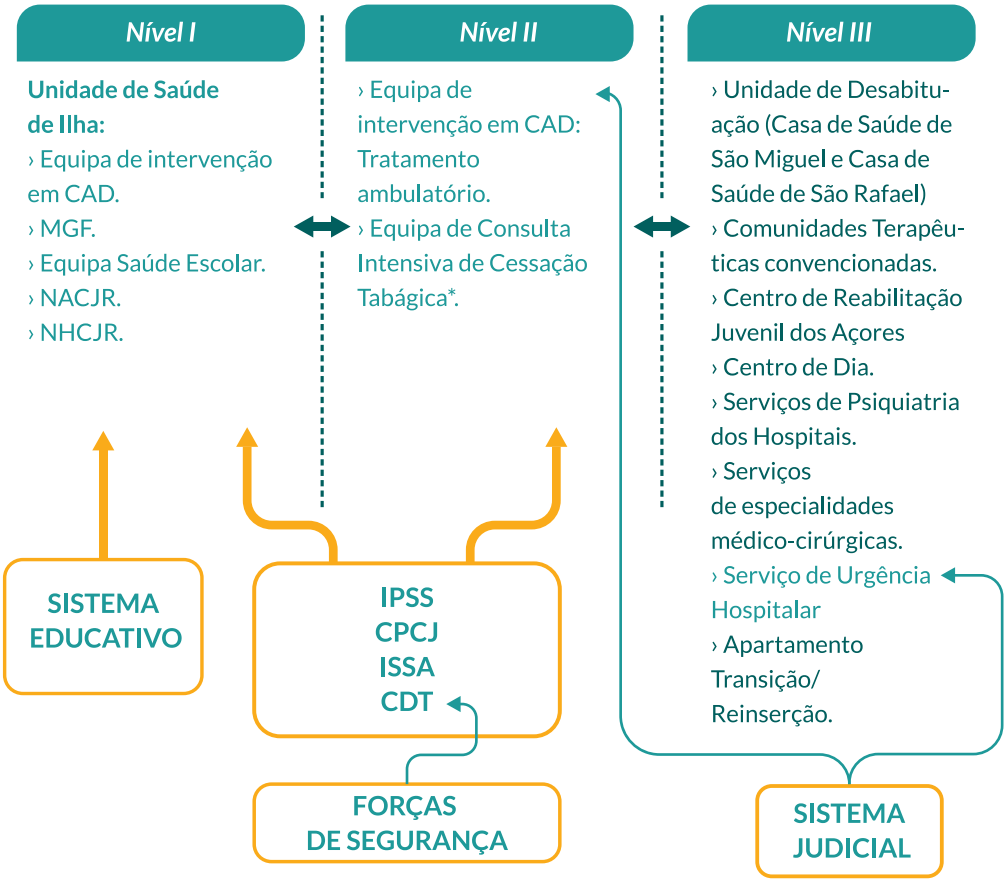
Aos Serviços de Especialidades Médico-Cirúrgicas Hospitalares compete o tratamento, em ambulatório e internamento, de doentes com CAD que, em termos clínicos, necessitam de cuidados diferenciados e específicos, como é o caso da gravidez, das doenças infeciosas, entre outras.
Dadas as características específicas desta intervenção, é importante a continuidade do tratamento na unidade que referenciou o utente, no seu programa de tratamento individualizado.

A articulação entre serviços assume aqui uma maior importância, tendo em consideração a especificidade própria das intervenções desenvolvidas por cada um dos serviços e o facto de o utente, quando termina o tratamento na unidade hospitalar, regressar ao serviço de origem para continuar o tratamento do seu problema de adição.

7 FLUXOGRAMA GLOBAL DA REDE

O fluxograma da Rede de Referenciação/Articulação, enquanto representação da Rede e do circuito do utente, apresenta, por níveis de intervenção, os principais intervenientes da presente Rede, assim como as estruturas referenciadoras.

População em Geral – cidadãos com comportamentos aditivos e dependências



ENTIDADES EXTERIORES DO SRS

ENTIDADES DO SRS

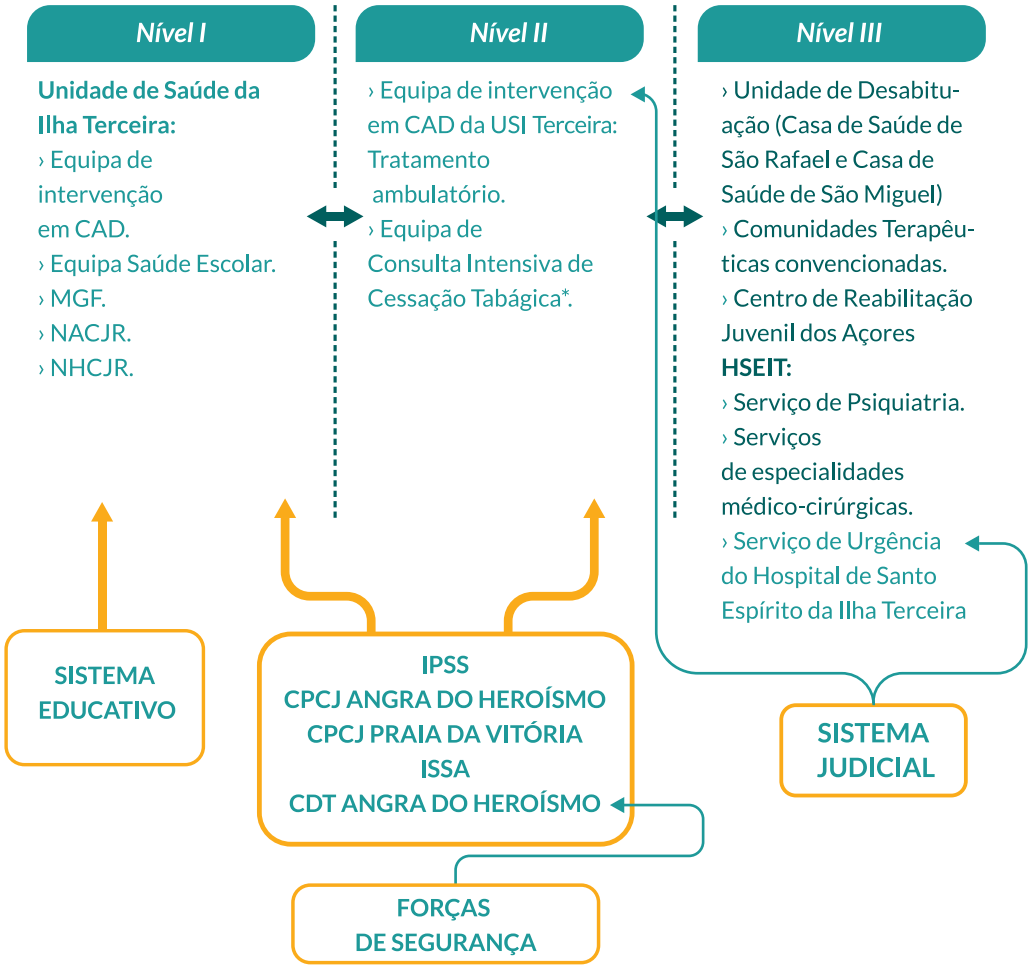
*PODERÁ HAVER REFERENCIAÇÃO VIA LINHA DE SAÚDE AÇORES

8 ARQUITETURA DA REDE POR ILHA

Por ser imperativo atendermos às especificidades e condicionalismos territoriais, pelo facto de a Região Autónoma dos Açores ser uma região arquipelágica, apresenta-se, de seguida, a arquitetura da Rede de Referenciação / Articulação por ilha.

8.1. ILHA TERCEIRA

População em Geral – cidadãos com comportamentos aditivos e dependências

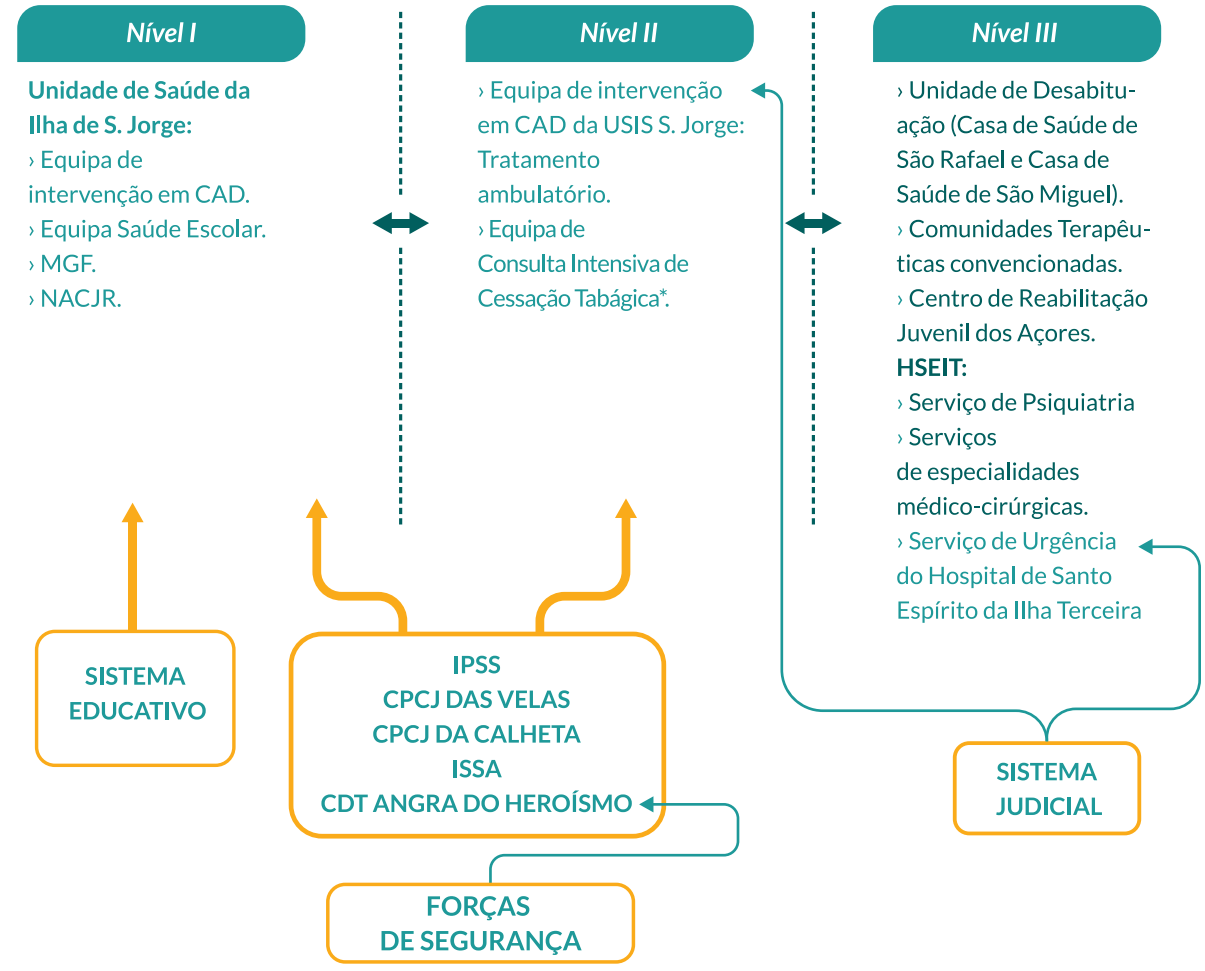


ENTIDADES EXTERIORES DO SRS

ENTIDADES DO SRS

*PODERÁ HAVER REFERENCIAÇÃO VIA LINHA DE SAÚDE AÇORES

8.2. ILHA DE SÃO JORGE *População em Geral – cidadãos com comportamentos aditivos e dependências*



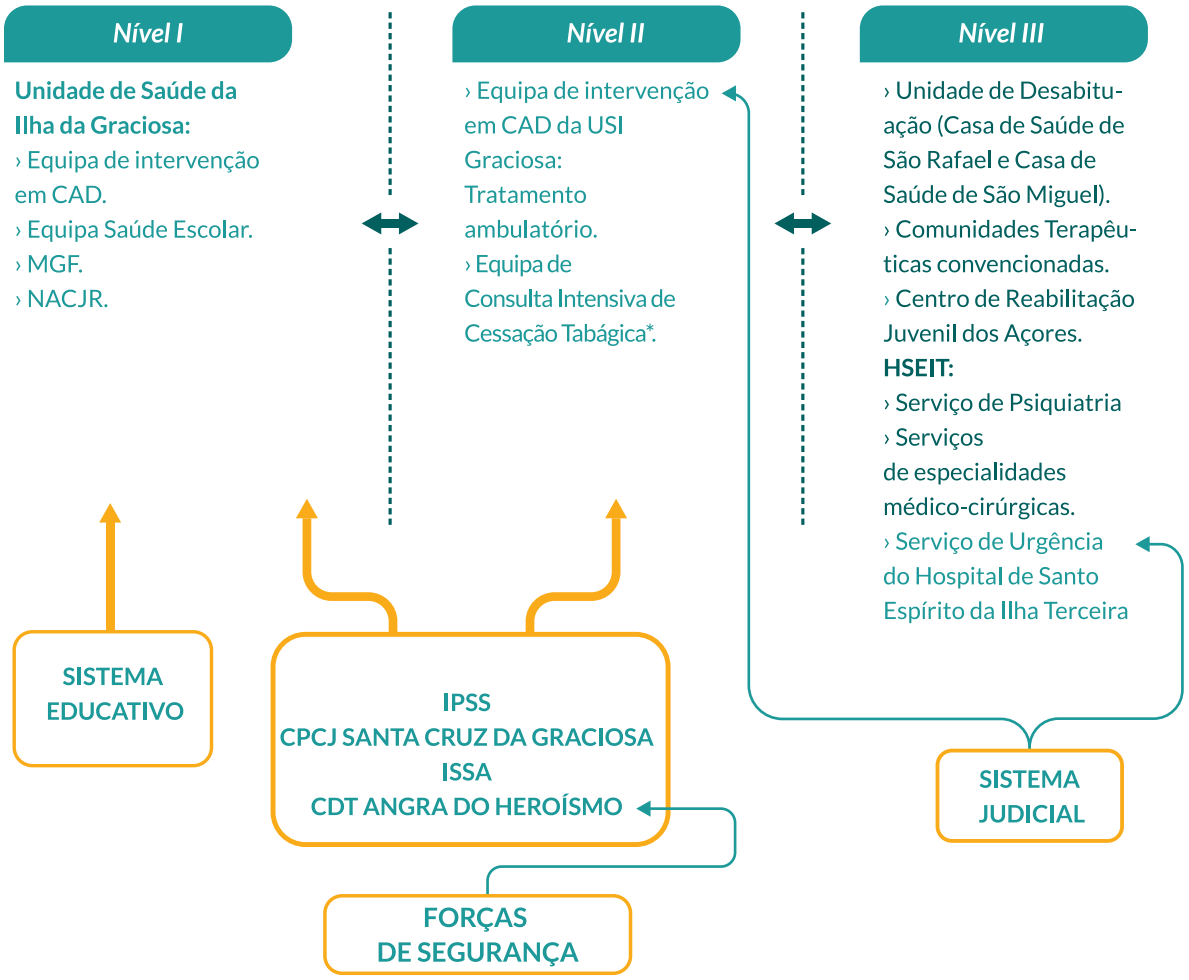
ENTIDADES EXTERIORES DO SRS

ENTIDADES DO SRS

*PODERÁ HAVER REFERENCIAÇÃO VIA LINHA DE SAÚDE AÇORES

8.3. ILHA GRACIOSA

População em Geral – cidadãos com comportamentos aditivos e dependências

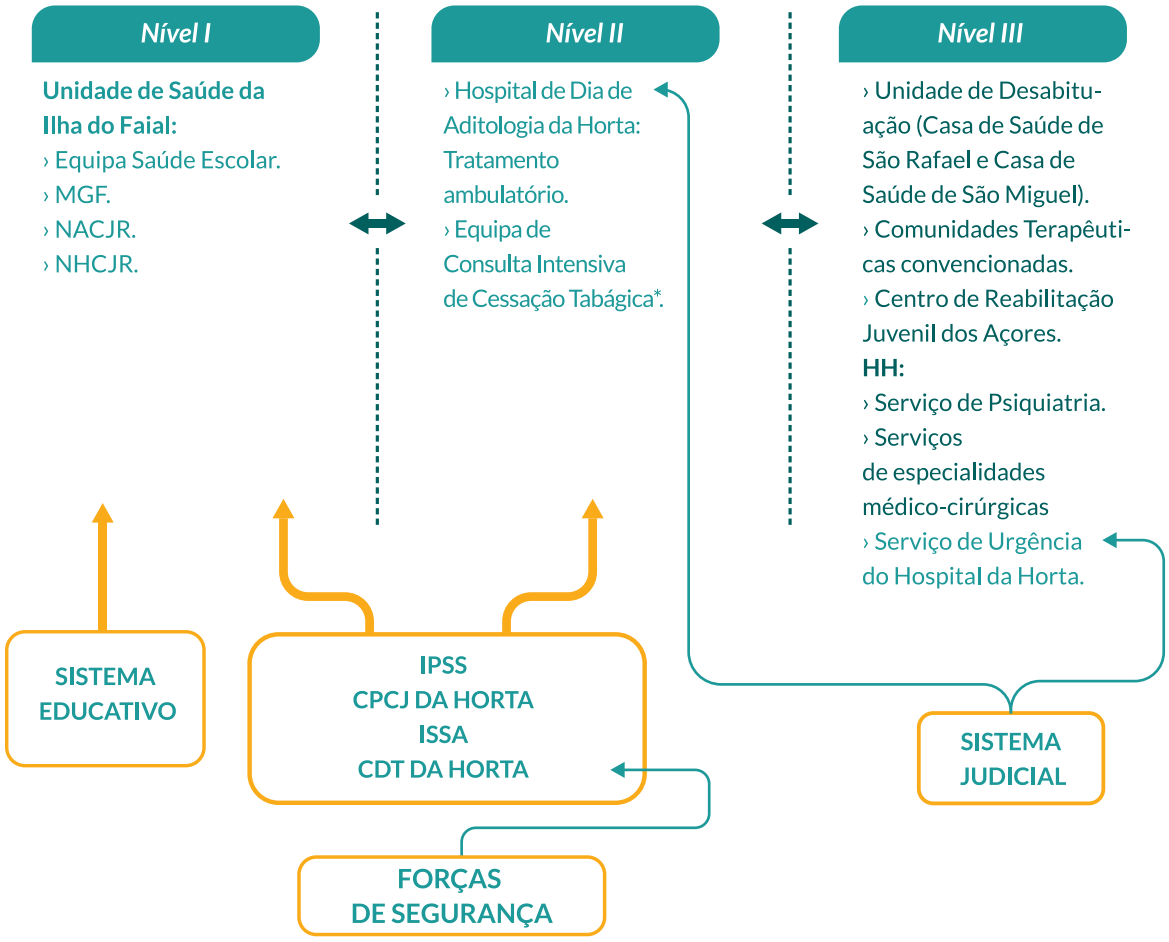


ENTIDADES EXTERIORES DO SRS

ENTIDADES DO SRS

*PODERÁ HAVER REFERENCIAÇÃO VIA LINHA DE SAÚDE AÇORES

8.4. ILHA DO FAIAL ***População em Geral – cidadãos com comportamentos aditivos e dependências***



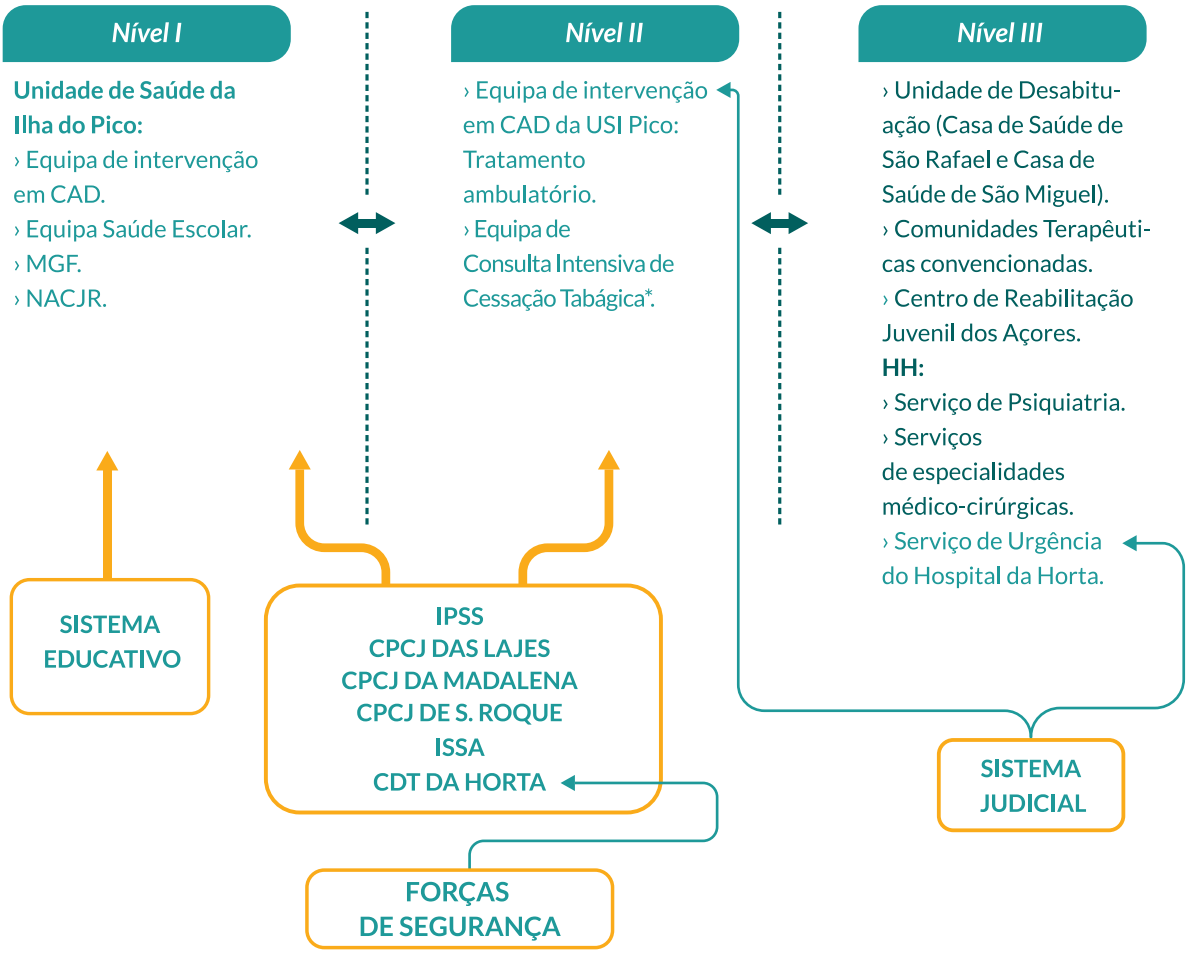
ENTIDADES EXTERIORES DO SRS

ENTIDADES DO SRS

*PODERÁ HAVER REFERENCIAÇÃO VIA LINHA DE SAÚDE AÇORES

8.5. ILHA DO PICO

População em Geral – cidadãos com comportamentos aditivos e dependências

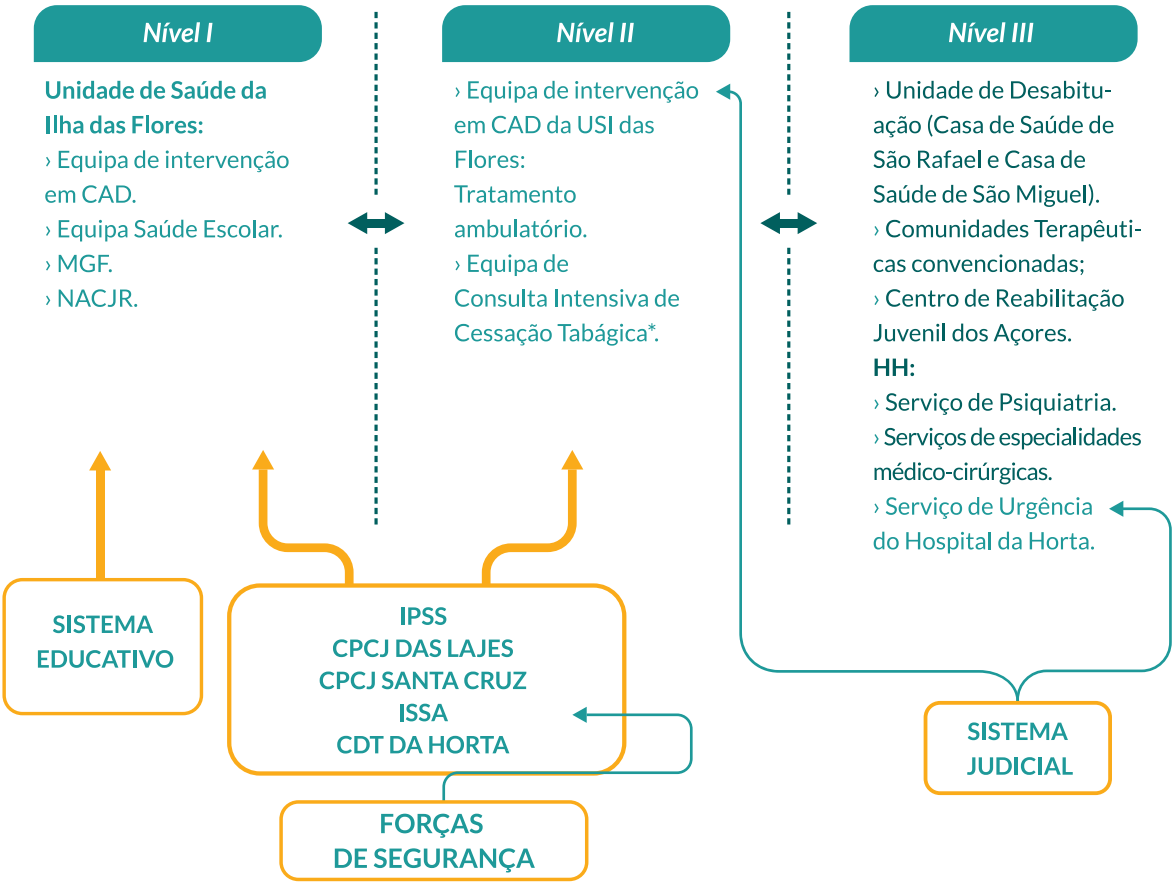


ENTIDADES EXTERIORES DO SRS

ENTIDADES DO SRS

*PODERÁ HAVER REFERENCIAÇÃO VIA LINHA DE SAÚDE AÇORES

8.6. ILHA DAS FLORES ***População em Geral – cidadãos com comportamentos aditivos e dependências***



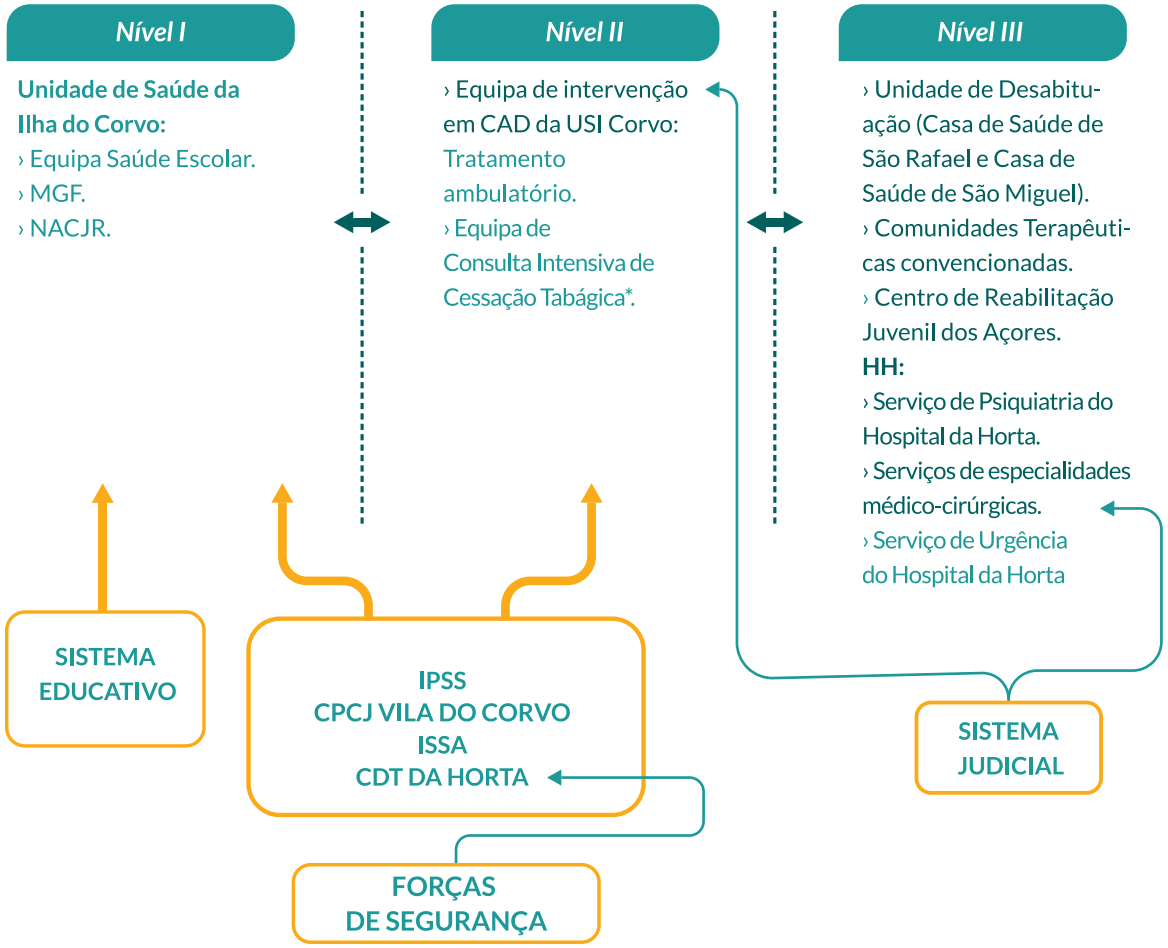
ENTIDADES EXTERIORES DO SRS

ENTIDADES DO SRS

*PODERÁ HAVER REFERENCIAÇÃO VIA LINHA DE SAÚDE AÇORES

8.7. ILHA DO CORVO

População em Geral – cidadãos com comportamentos aditivos e dependências

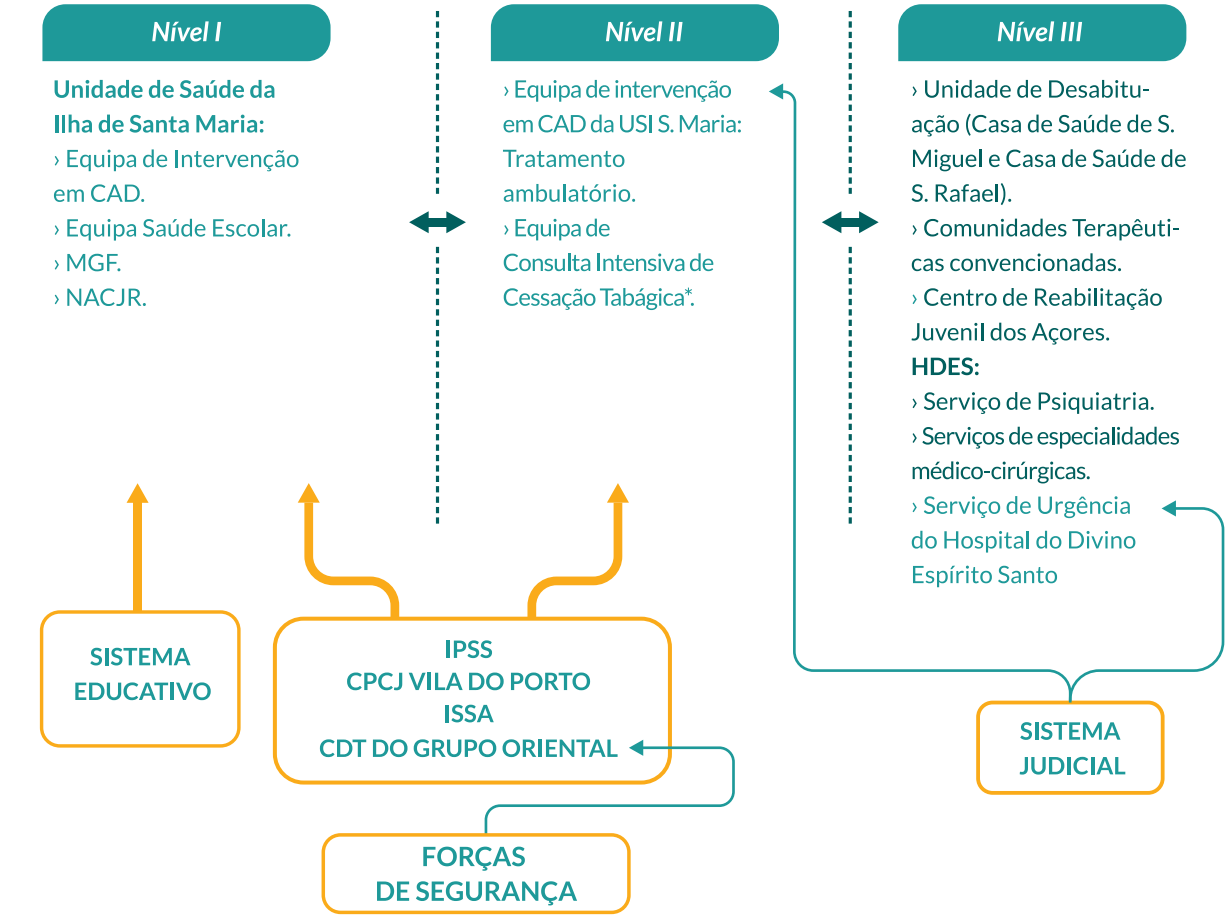


ENTIDADES EXTERIORES DO SRS

ENTIDADES DO SRS

*PODERÁ HAVER REFERENCIAÇÃO VIA LINHA DE SAÚDE AÇORES

8.8. ILHA DE SANTA MARIA — *População em Geral – cidadãos com comportamentos aditivos e dependências*

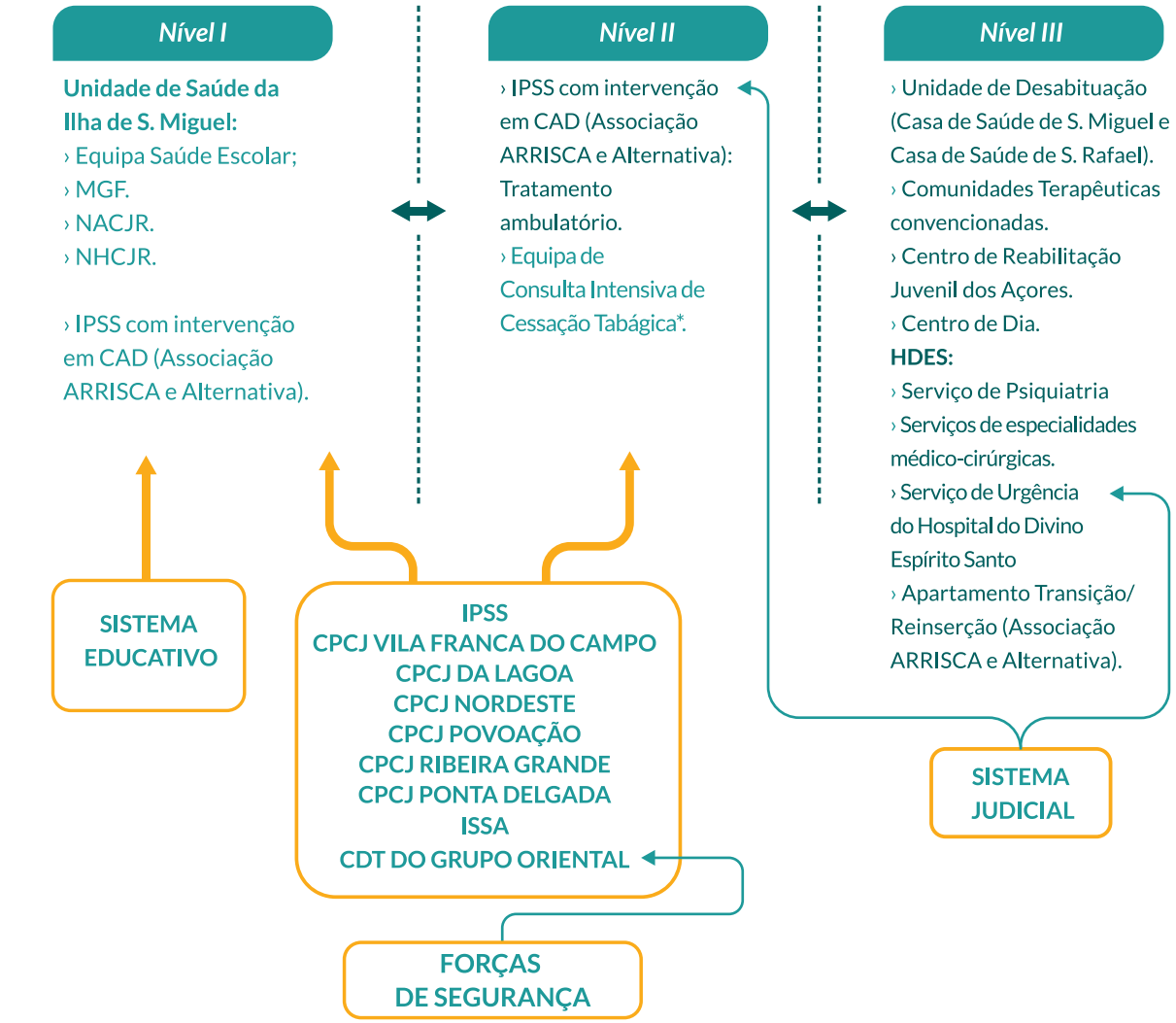


ENTIDADES EXTERIORES DO SRS

ENTIDADES DO SRS

*PODERÁ HAVER REFERENCIAÇÃO VIA LINHA DE SAÚDE AÇORES

8.9. ILHA DE SÃO MIGUEL — *População em Geral – cidadãos com comportamentos aditivos e dependências*



Face às diferentes Redes de Referenciação/Articulação por ilha acima apresentadas, importa referir que é importante ter em consideração, a Portaria n.º 95/2018 de 2 de agosto de 2018 que aprova o regulamento geral de deslocações do Serviço Regional de Saúde, para que os cidadãos com comportamentos aditivos e dependências se possam deslocar entre os níveis II e III.

Relativamente ao encaminhamento para internamento em Comunidades Terapêuticas convencionadas com a Secretaria Regional da Saúde, cujas convenções são realizadas através de despacho publicado anualmente em Jornal Oficial, deverão ser adotados os procedimentos definidos no Manual de Procedimentos para o Tratamento e Reabilitação em Comunidades Terapêuticas em articulação com as estruturas da presente rede de referenciação.

9 INSTRUMENTOS DE RASTREIO

A deteção precoce e a avaliação do risco dos consumos são uma fase importante para uma adequada intervenção e referenciação no âmbito dos CAD.

Assim sendo, os instrumentos de rastreio considerados adequados no âmbito de intervenção de CAD são[2]:

- *"**O AUDIT - Alcool Use Disorders Identification Test**: um instrumento de avaliação desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo sido realizada a validação da versão portuguesa deste questionário em 2002[3]. A sua utilização têm-se revelado importante para a adequada triagem e diagnóstico de Problemas Ligados ao Álcool.*
  Foi desenhado como um questionário, por forma a adequar-se à utilização nos CSP, permitindo detetar diferentes níveis de consumo de álcool, desde o consumo de baixo risco, de risco, nocivo e ainda a dependência, de uma forma rápida e simplificada. Este questionário de deteção pode ser aplicado a todas as pessoas abrangidas por serviços de saúde, preferencialmente os CSP. Dada a inviabilidade de um rastreio global, podem ser selecionadas algumas situações específicas como homens jovens até à meia-idade e situações clínicas especiais, mas também os serviços especializados e os serviços hospitalares de urgência, de saúde mental - a pessoas com depressão ou que tenham tentado o suicídio, de especialidades médicas - principalmente na área de transtornos associados à dependência de álcool, serviços judiciais e prisionais, assim como a pessoas abrangidas por programas de intervenção em meio laboral e de intervenção social" (Vide anexo I);

- *"**O ASSIST - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test**, instrumento também produzido pela OMS, surge na sequência do desenvolvimento e eficácia do AUDIT, como resposta à magnitude nociva que o consumo de substâncias psicoativas representa para a saúde pública.*

No seu desenvolvimento, a OMS procurou atender aos seguintes aspetos:

- *Aplicação mais rápida que outros instrumentos de deteção de consumo.*
- *Deteção alargada a várias substâncias psicoativas, e não só ao álcool e ao tabaco.*
- *Utilização por parte dos CSP.*
- *Utilização neutra a nível cultural.*
- *Fácil vinculação às Intervenções Breves.*

[2] *Rede de Referenciação/Articulação no âmbito dos Comportamentos aditivos e das dependências – SICAD, 2013 (pp.56-62).*

[3] *Por Cunha, J.R. (2002). Validação da versão portuguesa dos questionários AUDIT e Five-Shot para identificação do consumo excessivo de álcool. de álcool. Lisboa: Internato complementar de clínica geral da Zona Sul.*

Efetivamente, o ASSIST é um instrumento de deteção (Vide Anexo I) que apresenta diversas vantagens, nomeadamente por:

- *Ser constituído por 8 questões com resultados de pontuação numérica.*
- *Abranger todas as substâncias, lícitas e ilícitas.*
- *Focalizar-se no consumo recente, isto é, nos últimos 3 meses.*
- *Permitir a identificação dos níveis de gravidade / severidade dos consumos.*
- *Permitir o retorno imediato dos resultados aferidos.*
- *Determinar o tipo de intervenção necessária.*
- *Possibilitar a introdução de metas.*
- *Ser consistente com as classificações da Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID10).*
- *Estar validado internacionalmente e disponível em diversas línguas, nomeadamente para a língua portuguesa (Brasil).*

À semelhança do AUDIT, também o ASSIST foi desenhado para ser aplicado no âmbito dos CSP. Porém, permite detetar, para além do álcool, a gravidade do consumo de todas as substâncias, designadamente:

- *Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.).*
- *Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.).*
- *Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.).*
- *Cocaína (coca, crack, etc.).*
- *Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.).*
- *Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.).*
- *Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos.*
- *Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.).*
- *Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.).*
- *Outras.*

De acordo com a OMS, este questionário de deteção pode ser aplicado:

- *A todas as pessoas abrangidas por programas de deteção para a promoção de saúde, desde a faixa etária de jovens adultos [4], em diferentes contextos.*

- *A todos os utilizadores de serviços com uma alta prevalência de pessoas com CAD, nomeadamente Serviços de Saúde de Universidades, Serviços de Doenças infetocontagiosas, Serviços de Saúde Mental, etc.*

- *A utentes cujo motivo de consulta sugira a existência de uma relação com o consumo de substâncias psicoativas.*

- *A reclusos ou indiciados cujo motivo possa estar relacionado com o consumo de substâncias psicoativas.*

- *A utentes cujo problema de saúde possa estar relacionado com o consumo.*

- *A mulheres grávidas.*

[4] *A versão 3.1 do ASSIST, aqui apresentada, só foi validada para a população adulta (entre os 18 e 60 anos de idade).*

10 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

No sentido da criação e manutenção de um fluxo de referenciação ágil e eficaz no âmbito da presente Rede, salvaguarda-se a importância dos seguintes aspetos:

- *Deve ser utilizada a ficha de referenciação em anexo por todas as entidades, externas e internas ao SRS.*

- *As entidades sinalizadoras/referenciadoras deverão criar uma conta de correio eletrónico destinada ao envio e receção das fichas/documentos relativos aos utentes.*

- *Os preenchimentos das fichas constantes no anexo deste documento são obrigatórios, uma vez que permitem o registo de dados para a caracterização global do utente e das intervenções associadas.*

- *A utilização das referidas fichas, bem como do correio eletrónico irá permitir a interoperabilidade entre serviços públicos e IPSS.*

11 IMPLEMENTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA REDE DE REFERENCIAÇÃO

Para que a Rede de Referenciação / Articulação no âmbito dos CAD seja operacionalizável, é necessário que se proceda à divulgação da mesma, bem como do presente documento. Esta divulgação deverá ser efetuada por todos os sectores intervenientes. Aliada à divulgação da rede, é fundamental proceder à formação dos diferentes profissionais que nela intervêm, como forma de sensibilização para a pertinência de uma abordagem e intervenção intersectorial no âmbito dos CAD.

A Rede de Referenciação/Articulação deverá ser objeto de acompanhamento e avaliação por parte da DRPCD em articulação com os interventores contemplados nos diferentes níveis de intervenção.

Este acompanhamento deverá ser efetuado através de reuniões, com periocidade a definir pela DRPCD e diferentes interventores na rede.

A avaliação permitirá aferir a funcionalidade da presente Rede, bem como proceder à identificação de fatores de melhoria e/ou de correção, sem prejuízo das adaptações necessárias a cada ilha da Região Autónoma dos Açores.

Deverá ser realizado um relatório anual da Rede de Referenciação / Articulação no âmbito dos CAD, no qual conste o acompanhamento e avaliação efetuados, bem como os constrangimentos e propostas futuras.

12 GLOSSÁRIO (SICAD, 2013)

Abstinência: corresponde à abstenção do consumo de substâncias. O termo abstinência não deve ser confundido com síndrome de abstinência.

Abuso: pela sua ambiguidade, o termo não é usado na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças) CID-10, exceto no caso de substâncias que não produzem dependência.
As expressões consumo de risco e consumo nocivo são os termos equivalentes na terminologia da OMS, embora geralmente se refiram aos efeitos e consequências físicas e não às sociais.

Abuso de Substância sem dependência: é definido na CID-10 como o consumo repetido e inadequado de uma substância que, embora isenta de potencial de dependência, se acompanha de efeitos físicos ou psicológicos nocivos ou envolve um contato desnecessário com profissionais da saúde (ou ambos).

Adição: Doença primária do cérebro, crónica, que envolve os circuitos neuronais de recompensa, da motivação, da memória e outros circuitos relacionados. A disfunção nestes circuitos provoca manifestações biológicas, psicológicas, sociais e psíquicas, características, designadamente a incapacidade de abstinência consistente, défice no controlo dos impulsos, *craving*, diminuição na qualidade do juízo crítico com diminuição no reconhecimento das consequências negativas do comportamento (problemas de saúde, pessoais, familiares, judiciais e outros) e resposta emocional disfuncional. Tal como outras doenças crónicas, nomeadamente a diabetes e a doença cardiovascular, evolui por ciclos de recaídas e remissão. Abrange um espectro de comportamentos, com aumento da possibilidade de exposição ao risco e de dependência que podem estar, ou não, relacionados com substâncias. Segundo a OMS, a adição de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas), significa consumo repetido de uma ou várias substâncias psicoativas, em que o consumidor / adito fica periódica ou permanentemente intoxicado, apresenta compulsão para consumir a(s)substância(s)preferida(s), tem uma grande dificuldade para interromper ou alterar voluntariamente o consumo da(s) substância(s) e demonstra uma determinação de obter a(s) substância(s) por qualquer meio. A tolerância é proeminente e quando o uso da substância é interrompido frequentemente ocorre uma síndrome de abstinência.

Bebida padrão: Unidade de Álcool: Volume de bebida alcoólica contendo 10g de álcool puro. A densidade do álcool é de 0,79g/ml. No homem, entre os 18 e os 64 anos, a quantidade máxima diária recomendada são duas bebidas padrão ou 20g

de álcool puro. Após os 65 anos, a quantidade máxima diária recomendada reduz se para uma bebida padrão ou 10g de álcool puro. Na mulher a quantidade máxima diária recomendada é uma bebida padrão ou 10g de álcool puro em qualquer idade.

Comorbilidade: A OMS define comorbilidade, ou diagnóstico duplo, como a coocorrência no mesmo indivíduo de uma perturbação, pelo consumo problemático de substâncias psicoativas e de uma outra perturbação psiquiátrica. A utilização deste conceito tem-se alargado à inclusão da doença física, comorbilidade física. A comorbilidade física e/ou psíquica quase sempre funciona como um fator de instabilidade no percurso terapêutico e evolutivo da doença. Comorbilidade é também designada por patologia dual. Comportamento de risco: Carateriza-se por ser um tipo de comportamento que, por atitude ou reação, expõe a pessoa a uma maior probabilidade de sofrer danos físicos e ou psicológicos.

Comportamentos aditivos: Também apelidados de "processos de adição", são comportamentos com características impulsivas-compulsivas em relação a diferentes atividades ou condutas,condutas como, por exemplo, jogo, internet, relações sexuais, compras, etc. pela necessidade de gratificação imediata, estando envolvidos os circuitos neuronais hipotalamicos. A continuidade e a perseverança deste tipo de comportamento, coexistindo com outros fatores neurobiológicos, psicológicos, genéticos e ambientais, poderá evoluir para o ciclo de adição.

Consumo de baixo risco: corresponde a um padrão de consumo que, na ausência de determinadas condições, se utiliza para indicar que o consumo está dentro dos parâmetros legais e médicos e que está associado a uma baixa incidência de problemas de saúde e sociais.
Nas condições abaixo referidas, qualquer consumo constitui um consumo de risco e não de baixo risco, devendo, como tal, imperar a abstinência:

- na mulher grávida ou a amamentar.
- nos menores de 18 anos.
- nos indivíduos com história anterior de dependência de álcool e/ ou de outras substâncias psicoativas ou de outros comportamentos aditivos.
- nos indivíduos que padeçam de patologia aguda ou crónica (o álcool, mesmo em baixas quantidades, correlaciona-se com várias formas de cancro), ou que se encontrem submetidos a tratamentos que desaconselham o consumo de substâncias psicoativas.
- durante o período de trabalho, condução de veículos e manuseamento de máquinas.

De acordo com a OMS, a recomendação para consumo de álcool de baixo risco, no homem entre os 18 e os 64 anos é de duas bebidas padrão ou 20g de álcool puro. Após os 65 anos, a quantidade máxima diária recomendada reduz-se para uma bebida padrão ou 10g de álcool puro. Na mulher a quantidade máxima diária recomendada é uma bebida padrão ou 10g de álcool puro em qualquer idade. Repartido pelas duas refeições principais e considerando o não beber pelo menos dois dias por semana.
Não se devendo beber rigorosamente nada se: estiver grávida ou a amamentar; conduzir ou trabalhar com uma máquina; tomar medicamentos; em situação de doença e em situação de dependência alcoólica.

Este consumo de álcool não é problemático quando coexiste com estado de saúde geral adequado, sem consequências negativas para o próprio e para os outros, sem necessidade do consumo de álcool para se sentir bem e/ou para comunicar mais facilmente com os outros e sem embriaguez.

- **Consumo de risco:** corresponde a um nível ou padrão de consumo, ocasional ou continuado, que aumenta a probabilidade de ocorrência de consequências prejudiciais para o consumidor, nomeadamente de doenças, acidentes, transtornos mentais ou do comportamento, se persistir. A OMS propõe uma definição funcional do consumo de álcool de risco, descrevendo-o nas mulheres como um consumo regular médio diário de 20g a 40g de álcool e, nos homens, como um consumo regular médio diário de 40g a 60g de álcool. Embora seja um termo utilizado pela OMS, não figura na CID-10.

- **Consumo episódico excessivo - "*Binge drinking*":** Definido como a ingestão de pelo menos 60g de álcool (6 bebidas padrão) no homem e de, pelo menos, 50g de álcool (5 bebidas padrão) na mulher, no intervalo de duas horas, numa única ocasião. Caracteriza-se por uma intoxicação aguda, que pode ser particularmente lesiva na presença de certos tipos de problemas de saúde. Deve ser considerado consumo de risco.

- **Consumo nocivo:** corresponde a um padrão de consumo que causa danos na saúde física e mental do indivíduo, acompanhado ou não de consequências sociais adversas, mas que não preenche os critérios de dependência. Os danos objetivos presentes podem ser agravados pela continuação do consumo. É introduzido como um termo diagnóstico da CID-10, e o conceito mais aproximado noutros sistemas de diagnóstico, como o DSM-IV-TR, é o de abuso de substâncias que, habitualmente inclui problemas sociais.

As diretrizes diagnósticas na CID-10 para o consumo nocivo de substâncias são:

- O diagnóstico requer que um dano real deva ter sido causado à saúde física e mental.

- Padrões nocivos de uso são frequentemente criticados por outras pessoas e estão com frequência associados a consequências sociais diversas, mas não são, por si mesmos, uma evidência.

- A intoxicação aguda não é, por si mesma, evidência suficiente do dano.

- O uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, uma perturbação psicótica ou outra forma específica de perturbação relacionada com o uso de substâncias está presente.

A definição funcional da OMS, em relação ao consumo nocivo de álcool, descreve-o no caso das mulheres como um consumo médio diário superior a 40g de álcool e, no caso dos homens, como um consumo médio diário superior a 60g de álcool.

Dependência: De acordo com a CID-10, o diagnóstico definitivo de dependência só deve ser feito se, três ou mais dos seguintes requisitos, tenham sido experienciados ou manifestados, nalgum momento no ano anterior:

- Forte desejo ou compulsão para consumir a substância.

- Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância, em termos de início, término e níveis de consumo.

- Estado de abstinência fisiológico, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, evidenciado por: síndrome de abstinência para a substância, ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

- Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas.

- Abandono progressivo de prazeres alternativos em favor do uso da substância psicoativa: aumento da quantidade de tempo necessário para recuperar dos seus efeitos.

- Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas.

Dependência grave: caracterizada por um conjunto de sintomas e comportamentos que indicam que a(s) substância(s) ocupam o foco central na vida da pessoa, que é difícil de alterar e que se produziram mecanismos de neuroadaptação. Surgem fenómenos de tolerância e de abstinência, com repercussões de natureza orgânica.

Intervenção Breve: pode ser definida enquanto conjunto de intervenções que oferece uma terapia estruturada de curta duração (normalmente de 5 a 30 minutos) que visa, essencialmente, motivar um indivíduo a alterar um determinado comportamento e é, particularmente, adequada e utilizada no âmbito dos CSP. Muito utilizadas na abordagem das pessoas com problemas ligados ao álcool e tabaco.
As intervenções breves podem facilitar a referenciação dos casos mais graves de dependência de álcool a tratamentos especializados. A base lógica para a intervenção breve é que, mesmo que a percentagem de indivíduos que alteram o consumo de substâncias após uma única intervenção seja pequena, o impacto na saúde pública é considerável, dado o grande número de estruturas de CSP a proporcionarem tais intervenções sistematicamente. As intervenções breves são eficazes na redução do consumo de risco e nocivo de álcool, no contexto dos CSP.

Intervenção precoce: A OMS define este tipo de intervenção como uma estratégia terapêutica proactiva que combina a deteção precoce do consumo de risco ou nocivo de substâncias e o tratamento das pessoas com esses padrões de uso. O tratamento é proporcionado antes que os indivíduos manifestem ser essa a sua vontade e, em muitos casos, antes que eles estejam conscientes que o consumo pode causar problemas, isto é, dirige-se particularmente a indivíduos que ainda não desenvolveram dependência física nem grandes complicações psicossociais. No âmbito da deteção precoce podem existir várias abordagens como um inquérito de rotina, do uso de álcool, tabaco e outras substâncias e o uso de testes de triagem.

Intoxicação: Estado, mais ou menos breve, de incapacidade funcional psicológica e psicomotora, induzida pela presença da substância no organismo, podendo ocorrer mesmo com um nível baixo de consumo.

Policonsumos: Para a OMS é o termo que designa o consumo de mais de uma substância ou tipo de substância, muitas vezes ao mesmo tempo ou sequencialmente, e normalmente com a intenção de intensificar, potencializar ou neutralizar os efeitos de outra droga.

A expressão é também utilizada, menos rigorosamente, para incluir o consumo independente de duas ou mais drogas pela mesma pessoa; tem uma conotação de utilização ilícita, embora o álcool, a nicotina e a cafeína sejam as substâncias mais frequentemente utilizadas em combinação com outras. Na CID-10 é equiparado ao transtorno por uso de múltiplas drogas, enquanto um dos "Transtornos

mentais e de comportamento por uso de substância psicoativa", e é diagnosticado unicamente quando se sabe que há o envolvimento de duas ou mais substâncias e é impossível avaliar qual delas contribui mais para o transtorno.

- **Prevenção Universal:** é dirigida à população geral sem prévia análise do grau de risco individual. Toda a população é considerada como tendo o mesmo nível de risco em relação ao abuso de substâncias e como podendo beneficiar dos programas de prevenção. Os programas de prevenção universal variam no tipo, estrutura e duração. Os seus componentes contemplam a informação, o desenvolvimento de competências, entre outros.

- **Prevenção Seletiva:** é uma estratégia de intervenção dirigida a grupos vulneráveis, com fatores associados a um maior risco de desenvolverem problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas. Visa prevenir comportamentos mais problemáticos de consumo e a exclusão social antes que surja a necessidade de tratamento, disponibilizando aos grupos identificados informação e competências necessárias para prevenir o problema.

- **Prevenção Indicada:** procura identificar e intervir junto de indivíduos em situação de risco, isto é, que possam aparentar sinais de abuso precoce de substâncias psicoativas e outros problemas comportamentais e abrange-los com intervenções específicas, para que reduzam os seus consumos, a gravidade do consumo e/ou os riscos associados.

- **Prevenção Ambiental:** visa a alteração das normas sociais, através de estratégias globais que intervêm ao nível da sociedade e dos sistemas sociais. Estas estratégias preconizam a transformação dos ambientes culturais, sociais, físicos e económicos, que interferem com as escolhas individuais do uso de substâncias psicoativas. Neste âmbito, inserem-se medidas legislativas nacionais e internacionais relativas ao consumo e venda de substâncias psicoativas ilícitas e lícitas, como, por exemplo, a taxação fiscal de produtos como o álcool e o tabaco, a exposição a mensagens publicitárias, o controlo da idade de venda dos mesmos ou ainda medidas em contextos particulares, como o meio escolar, que regulamentam o seu uso para toda a comunidade escolar (alunos, professores, profissionais e responsáveis pelos alunos) (EMCDDA, 2011).

- **Programa antagonista de opiáceos:** Programas de tratamento, no qual é prescrito medicamentos bloqueadores dos recetores opiáceos, de ação prolongada (Naltrexona), bloqueando os efeitos produzidos pelos opiáceos consumidos. Estes programas, que se destinam, principalmente, a indivíduos organizados, com capacidades para manterem abstinência de heroína e com suporte familiar ou social, visam aumentar a adesão ao tratamento, coadjuvando as intervenções psicoterapêuticas.

- **Programa de intervenção comunitária:** Programa que pressupõe trabalhar em colaboração e parceria, que tem como objetivo melhorar os estilos de vida ligados aos CAD, o que na prática, se traduz em identificar e avaliar problemas da comunidade e desenhar, organizar, realizar e avaliar a intervenção mediante estratégias orientadas, entre outras, a grupos de risco.

- **Programa de tratamento com opióides ou Programas de substituição opiácea:** Programas de tratamento com medicamento opióide (metadona ou buprenorfina) que, administrados regularmente e na dose adequada, suprimem o sofrimento físico provocado pela falta de heroína e a necessidade física de a consumir, ao mesmo tempo que reduzem o mal-estar psicológico. É um programa normalmente utilizado quando há indicações específicas para que a manutenção com opióides seja o tratamento de primeira linha.

- **Tratamento:** O tratamento pode ser definido como um conjunto de atividades que tem diretamente como alvos indivíduos com problemas de consumo e visa alcançar objetivos definidos no que diz respeito ao alívio e/ou eliminação desses problemas, prestado por profissionais experientes ou credenciados, no âmbito da assistência médica, psicológica e/ou social. O tratamento no âmbito dos CAD é um processo complexo, longo e exigente que implica a intervenção de várias áreas profissionais e, na maioria dos casos, realiza- se por etapas, que comportam objetivos específicos e que, em parte, se sobrepõem. Assim, numa primeira etapa pode ser prioritário a alteração de comportamentos e/ou a suspensão dos consumos. Nas subsequentes desenvolvem-se mecanismos para a estabilização psicológica e para a reinserção social e profissional.

- **Tratamento Integrado:** Tratamento que constitui o principal eixo da abordagem multidisciplinar em CAD, com auxílio a diversos recursos terapêuticos, nomeadamente programas específicos de tratamento (médico e psicossocial), RRMD, programas de reabilitação/ reinserção, em articulação, em momentos simultâneos ou sucessivos, tendo em conta o diagnóstico, as necessidades e capacidades do indivíduo, da família ou envolventes e o seu prognóstico.

BIBLIOGRAFIA

Decreto Legislativo Regional n.º 26/2016/A - Cria a Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (2016). Disponível em https://dre.pt/home/-/dre/105263939/details/maximized

Despacho n.º 2085/2015 de 14 de setembro de 2015, atualizado pelo Despacho n.º 1082/2019 de 22 de julho de 2019, que cria a rede de núcleos de apoio a crianças e jovens em risco nos hospitais e nas unidades de saúde de ilha do Serviço Regional de Saúde. Disponível em https://jo.azores.gov.pt/api/public/ato/fa4241dd-7e1a-4786-a04b-1dd5ac14f820/pdfOriginal

Nunes, E. (2013). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012-2016. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo.aspx

Portaria n.º 95/2018 de 2 de agosto de 2018 da Vice-Presidência do Governo, Emprego e Competitividade Empresarial, Secretaria Regional da Solidariedade Social, Secretaria Regional da Saúde - Aprova o Regulamento Geral de Deslocações do Serviço Regional de Saúde (2018). Disponível em https://jo.azores.gov.pt/api/public/jornal/pdfOriginal?numeroJornal=99&ano=2018&serieId=ec6ff6d-5-7709-4517-8d3c-b9b92c443c8a&suplemento=0

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD] (2013). Plano Estratégico 2013-2015. Lisboa: SICAD. Disponível em: http://www.sicad.pt/PT/Institucional/Instrumentos/PlanoEstrategico/Paginas/detalhe.aspx?itemId=1&lista=planoEstrategico&bkUrl=/BK/Institucional/Instrumentos/PlanoEstrategico

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD] (2013). Rede de Referenciação / Articulação no Âmbito dos Comportamentos Aditivos e Das Dependências. Lisboa: SICAD. Disponível em: http://www.sicad.pt/pt/paginas/detalhe.aspx?itemId=4&lista=sicad_destaques&bkUrl=/bk

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ASSIST - *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*/ Teste de Rastreio do Consumo de Álcool, Tabaco e outras substâncias

AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test/Teste de Identificação de Perturbação do Consumo de Álcool

CAD – Comportamentos Aditivos e Dependências

CD - Centro de Dia

CDT - Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão

CS - Centros de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CSSM - Casa de Saúde de São Miguel

CSSR – Casa de Saúde de São Rafael

CT - Comunidade Terapêutica

DSM-V – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorers/ Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais

DRPCD - Direção Regional de Prevenção e Combate às Dependências

HDES – Hospital do Divino Espírito Santo

HH – Hospital da Horta

HSEIT – Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

ISSA – Instituto de Segurança Social dos Açores

MGF – Medicina Geral e Familiar

NACJR - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NHACJR - Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organizações Não Governamentais

RAA - Região Autónoma dos Açores

RRMD - Redução de Riscos e Minimização de Danos

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SRS – Serviço Regional de Saúde

UA - Unidade de Alcoologia

UD - Unidades de Desabituação

USI – Unidades de Saúde de Ilha

ANEXOS

ANEXOS

Anexo I – Instrumentos de Avaliação

AUDIT

Nome **Data**

	Questões / Pontuação	0	1	2	3	4
AUDIT C	1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?	☐ Nunca [caso assinale esta resposta, siga para as questões 9 e 10]	☐ Uma vez por mês ou menos	☐ 2 a 4 vezes por mês	☐ 2 a 3 vezes por semana	☐ 4 ou mais vezes por semana
	2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?	☐ 1 ou 2	☐ 3 ou 4	☐ 5 ou 6	☐ De 7 a 9	☐ 10 ou mais
	3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?	☐ Nunca	☐ Uma vez por mês ou menos	☐ 2 a 4 vezes por mês	☐ 2 a 3 vezes por semana	☐ 4 ou mais vezes por semana
	[caso contabilize 0 na pontuação das questões 2 e 3, passe para as questões 9 e 10]					
	4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?	☐ Nunca	☐ Uma vez por mês ou menos	☐ 2 a 4 vezes por mês	☐ 2 a 3 vezes por semana	☐ 4 ou mais vezes por semana
	5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exige, por ter bebido?	☐ Nunca	☐ Uma vez por mês ou menos	☐ 2 a 4 vezes por mês	☐ 2 a 3 vezes por semana	☐ 4 ou mais vezes por semana
	6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?	☐ Nunca	☐ Uma vez por mês ou menos	☐ 2 a 4 vezes por mês	☐ 2 a 3 vezes por semana	☐ 4 ou mais vezes por semana
	7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?	☐ Nunca	☐ Uma vez por mês ou menos	☐ 2 a 4 vezes por mês	☐ 2 a 3 vezes por semana	☐ 4 ou mais vezes por semana
	8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido?	☐ Nunca	☐ Uma vez por mês ou menos	☐ 2 a 4 vezes por mês	☐ 2 a 3 vezes por semana	☐ 4 ou mais vezes por semana
	9. Já alguma vez ficou ferido ou alguém ficou ferido por você ter bebido?	☐ Não		☐ Sim, mas não nos últimos 12 meses		☐ Sim, aconteceu nos últimos 12 meses
	10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou outro profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?	☐ Não		☐ Sim, mas não nos últimos 12 meses		☐ Sim, aconteceu nos últimos 12 meses
	Total da Pontuação: [o total expressa-se em valores entre 0 e 40]					

REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

DIREÇÃO REGIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE ÀS DEPENDÊNCIAS

ASSIST

Nome **Data**

Nº Utente

1. Ao longo da sua vida, quais das seguintes substâncias que já consumiu? [só as que consumiu sem receita médica]	Não	Sim
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	☐ 0	☐ 3
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	☐ 0	☐ 3
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	☐ 0	☐ 3
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	☐ 0	☐ 3
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	☐ 0	☐ 3
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	☐ 0	☐ 3
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	☐ 0	☐ 3
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	☐ 0	☐ 3
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	☐ 0	☐ 3
j. Outras. [Especifique:]	☐ 0	☐ 3

[se todas as respostas forem negativas pergunte: "Nem mesmo quando andava na escola?"]

[se "não" para todas as substâncias, termine o questionário]

[se "sim" para qualquer substância, passe para a questão 2 em relação a cada substância já consumida]

2. Nos últimos 3 meses, com que frequência consumiu cada uma das substâncias que mencionou? [1ª substância, 2ª substância, etc.]	Nunca	1 a 2 vezes	1 a 3 vezes por mês	1 a 4 vezes por semana	5 a 7 vezes por semana
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6
j. Outras. [Especifique:]	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6

[se "nunca" para todas as substâncias, passe para a questão 6]

[se alguma substância foi consumida, continue com as questões 3,4 e 5 para cada substância consumida]

3. Nos últimos 3 meses, com que frequência sentiu um forte desejo ou vontade de consumir? [1ª substância, 2ª substância, etc.]	Nunca	1 a 2 vezes	1 a 3 vezes por mês	1 a 4 vezes por semana	5 a 7 vezes por semana
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
j. Outras. [Especifique:]	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

4. Nos últimos 3 meses, com que frequência o seu consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.] originou problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros?	Nunca	1 a 2 vezes	1 a 3 vezes por mês	1 a 4 vezes por semana	5 a 7 vezes por semana
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
j. Outras. [Especifique:]	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7

5. Nos últimos 3 meses, com que frequência não fez o que normalmente era esperado de si devido ao consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.]?	Nunca	1 a 2 vezes	1 a 3 vezes por mês	1 a 4 vezes por semana	5 a 7 vezes por semana
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	[esta questão não se aplica ao Tabaco]				
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	☐ 0	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	☐ 0	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	☐ 0	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	☐ 0	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	☐ 0	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	☐ 0	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	☐ 0	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	☐ 0	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
j. Outras. [Especifique:]	☐ 0	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8

[Faça a questão seguinte (6) para todas as substâncias já consumidas ao longo da vida, ou seja, as identificadas na questão 1]

6. Já alguma vez um amigo, familiar ou outro demonstrou preocupação pelo seu consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.]?	Não, nunca	Sim, mas não nos últimos 3 meses	Sim, aconteceu nos últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	☐ 0	☐ 3	☐ 6
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
j. Outras. [Especifique:]	☐ 0	☐ 3	☐ 6

[Faça a questão seguinte (7) para todas as substâncias já consumidas ao longo da vida, ou seja, as identificadas na questão 1]

7. Alguma vez tentou, sem sucesso, reduzir ou parar o consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.]?	Não, nunca	Sim, mas não nos últimos 3 meses	Sim, aconteceu nos últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	☐ 0	☐ 3	☐ 6
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
j. Outras. [Especifique:]	☐ 0	☐ 3	☐ 6

8. Alguma vez consumiu substâncias por via injetável? [só as que consumiu sem receita médica]	Não, nunca	Sim, mas não nos últimos 3 meses	Sim, aconteceu nos últimos 3 meses
	☐	☐	☐

[na situação de consumo por via injetável nos últimos 3 meses, deve questionar sobre a frequência e o padrão de consumo neste período, de forma a determinar o nível de risco e a intervenção mais adequada]

REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

DIREÇÃO REGIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE ÀS DEPENDÊNCIAS

Cartão de Resposta do ASSIST
Substâncias
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)
d. Cocaína (coca, crack, etc.)
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos (comprimidos para dormir, xanax®, lexotan®, valium®, rohypnol®, etc.)
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)
j. Outras. **[Especifique]**
Frequência nos últimos 3 meses [questões 2 a 5]
Nunca [não consumiu nos últimos 3 meses]
1 a 2 vezes [consumiu 1 ou 2 vezes nos últimos 3 meses]
1 a 3 vezes por mês [mensalmente]
1 a 4 vezes por semana [semanalmente]
5 a 7 vezes por semana [diariamente ou quase]
Frequência ao longo da vida [questões 6 a 8]
Não, nunca
Sim, mas não nos últimos 3 meses
Sim, aconteceu nos últimos 3 meses

Pontuação por substância específica	Q. 2	Q. 3	Q. 4	Q. 5	Q. 6	Q. 7	Resultado	Baixo risco	Risco moderado	Alto risco
a. Tabaco								0-3	4-26	27 ou +
b. Álcool								0-10	11-26	27 ou +
c. Cannabis								0-3	4-26	27 ou +
d. Cocaína								0-3	4-26	27 ou +
e. Estimulantes de tipo anfetamina								0-3	4-26	27 ou +
f. Inalantes								0-3	4-26	27 ou +
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos								0-3	4-26	27 ou +
h. Alucinogénios								0-3	4-26	27 ou +
i. Opiáceos								0-3	4-26	27 ou +
j. Outras.								0-3	4-26	27 ou +

[não é considerada a pontuação das questões 1 e 8]
[a pontuação das questões 2 a 7 é considerada para cada substância]
[na questão 5 não há pontuação para o tabaco]

Anexo II - Procedimentos para Admissão em Tratamento em Regime de Internamento

Procedimentos das Estruturas de Encaminhamento

1. Os utentes com dependência de substâncias psicoativas ilícitas/lícitas que preencham os requisitos para o tratamento em regime de internamento em comunidades terapêuticas deverão ser encaminhados pelas Unidades de Saúde de Ilha (USI) com consultas de comportamentos aditivos e dependências (pelo processo de deslocação de doentes) ou pelas instituições com intervenção na área dos comportamentos aditivos e dependentes da sua área de residência;
2. São critérios de inclusão: fracasso em tratamentos anteriores em ambulatório; necessidade de isolamento do meio para garantir uma abstinência continuada, no sentido de criar condições favoráveis para o tratamento e reinserção; motivação para a mudança de estilo de vida e podendo nalgumas situações coexistir desestruturação familiar e/ou social; situação judicial problemática e/ou determinação judicial;
3. O utente deverá manifestar a motivação para internamento ao médico responsável que, após avaliação clínica deverá, em conjunto com a equipa multidisciplinar, selecionar a CT com convenção adequada ao perfil do utente e com convenção com a RAA;
4. Após esta seleção, a equipa deverá contatar a CT em causa para saber se existe vaga e quais os respetivos critérios de admissão;
5. Caso se verifique a disponibilidade de vaga, a equipa de CAD deverá assegurar que o utente tem recursos financeiros para suportar os 20% remanescentes à mensalidade paga pela saúde, bem como para o fundo maneio/dinheiro de bolso (ponto 5 do Despacho nº16938/2013);
6. A equipa de CAD das USI ou das instituições deverão preencher a proposta de admissão e a declaração do utente (anexo 2) e remeter à Direção Regional de Prevenção e Combate às Dependências (DRPCD) – Divisão de Intervenção Comunitária, Tratamento e Reabilitação (DICTR) para aprovação;
7. Após aprovação da DRPCD/DICTR, a equipa deverá proceder ao encaminhamento para a CT;
8. No decorrer do internamento e com uma frequência mensal, deverá existir comunicação

entre o terapeuta que acompanha o utente na CT e a equipa de CAD da USI ou instituição, no sentido de existir um acompanhamento do percurso do utente;

9. Nos quatro meses que antecedem a alta programada, deverá ser construído um PIR (Plano Individual de Reabilitação) em conjunto (tríade – utente/comunidade terapêutica/entidade encaminhadora), como forma de facilitação da reinserção do utente no pós-alta;
10. Sempre que o utente for admitido na CT ou tenha alta quer seja programada ou não programada, quer a DRPCD quer a instituição de origem, deverá receber esta informação. Em caso de alta programada ou não programada, para além da declaração já mencionada, deverá ser remetida uma breve informação clínica para que a USI ou a instituição que o encaminhou, acompanhe novamente o utente;
11. O acompanhamento ao utente pós-alta deverá ser de acordo com o PIR (Plano Individual de Reabilitação) onde deverá estar agendado o 1º atendimento após a chegada do utente à RAA;
12. No caso de o utente não contactar a estrutura de acompanhamento pós-alta por iniciativa própria, compete a esta contactar o utente com vista à marcação do 1º atendimento nas 1ª duas semanas pós-alta;
13. As Comunidades Terapêuticas deverão proceder ao envio da fatura mensal de cada utente e respetiva listagem nominal mensal à DRPCD;
14. As Comunidades Terapêuticas deverão proceder ao envio da declaração de admissão, logo após internamento;
15. Em caso de necessidade de prorrogação do internamento em Comunidade Terapêutica, as Comunidades Terapêuticas deverão proceder ao envio de pedido à DRPCD acompanhado de justificação e Plano Individual de Reabilitação;
16. No caso dos utentes integrados no mercado de trabalho que necessitem de aquisição do Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho, durante o internamento nas Comunidades Terapêuticas:

a) Previamente ao encaminhamento para Comunidade Terapêutica, o clínico da entidade encaminhadora, deverá solicitar ao Centro de Saúde da área de residência do utente (local de origem), relatório médico com as informações clínicas de doenças ativas, histórico de doenças e medicação prescrita (em carta fechada), não sendo necessário a transferência do processo

clínico da Região para o centro de saúde da área correspondente à localização da Comunidade Terapêutica (por ser uma situação provisória).

b) A inscrição provisória do utente no centro de saúde da área onde a Comunidade Terapêutica está localizada ficará a cargo da equipa da CT, visto ser necessário acompanhar o utente, que se encontra em regime de internamento, a esse centro de saúde. Desse modo, a equipa da CT far-se-á acompanhar dos documentos enviados pelo Centro de Saúde da RAA, afim de serem associados ao processo do utente, no continente.

c) No que concerne ao envio do CIT, o mesmo é remetido automaticamente para o ISSA, IPRA, por via eletrónica, sendo que a cópia a ser entregue na Entidade Patronal do utente deverá ser remetida, com a frequência necessária, pela equipa da CT à entidade encaminhadora do utente, de modo a que esta faça chegar o documento à entidade patronal.

Procedimentos das Estruturas de Encaminhamento para as CT na Região Norte

1. Os utentes com dependência de substâncias psicoativas ilícitas/lícitas que preencham os requisitos para o tratamento em regime de internamento em comunidades terapêuticas deverão ser encaminhados pelas Unidades de Saúde de Ilha (USI) com consultas de comportamentos aditivos e dependências (pelo processo de deslocação de doentes) ou pelas instituições com intervenção na área dos comportamentos aditivos e dependentes da sua área de residência;
2. O utente é avaliado pela equipa multidisciplinar que, em conjunto seleciona a comunidade terapêutica convencionada, adequada ao seu perfil e inicia todos os procedimentos inerentes e necessários para a concretização do internamento do utente;
3. A equipa de CAD das USI ou das instituições deverão preencher a proposta de admissão e a declaração do utente, e remeter à Direção Regional de Prevenção e Combate às Dependências (DRPCD) – Divisão de Intervenção Comunitária, Tratamento e Reabilitação (DICTR) para aprovação;

4. Se o utente for encaminhado para uma CT na Região Norte do Pais, deverá ser informado da existência da Casa dos Açores do Norte, bem como da disponibilidade do acompanhamento psicossocial;
5. Caso o utente dê o seu consentimento que, deverá estar por escrito, para ser acompanhado pela Casa dos Açores do Norte, a equipa deverá proceder ao encaminhamento para a Comunidade Terapêutica, informando a Casa dos Açores do Norte para os devidos procedimentos.

Procedimentos de Encaminhamento para o Centro de Reabilitação Juvenil dos Açores (CRJA) – Solar da Glória

Utentes referenciados

1. Os utentes com dependência de substâncias psicoativas ilícitas/lícitas que preencham os requisitos para o tratamento em regime de internamento em UD/CT deverão ser encaminhados pela equipa de intervenção em CAD das Unidades de Saúde de Ilha (pelo processo de deslocação de doentes), pela equipa do centro de aditologia da Horta (Ilha Faial) ou pelas instituições parceiras com equipas de intervenção na área dos comportamentos aditivos e dependências no caso da Ilha São Miguel da sua área de residência.
2. **São critérios de inclusão:** fracasso em tratamentos anteriores em ambulatório; necessidade de isolamento do meio para garantir uma abstinência continuada, no sentido de criar condições favoráveis para o tratamento e reinserção; motivação para a mudança de estilo de vida e podendo nalgumas situações coexistir desestruturação familiar e/ou social; situação judicial problemática e/ou determinação judicial.
3. **Critérios de não inclusão:** Sem prejuízo de outras exigências da responsabilidade da Instituição entende-se deverem constar sempre as seguintes razões: Doenças infeciosas em fase ativa suscetíveis de pôr em risco a integridade física do próprio e da população da Comunidade Terapêutica; Doença que após diagnóstico e avaliação prévios à admissão inviabilize o desenvolvimento do programa terapêutico do próprio e dos outros utentes.

4. O utente deverá manifestar a motivação para internamento ao médico responsável que, após avaliação clínica deverá, em conjunto com a equipa multidisciplinar, selecionar o programa adequado ao perfil do utente.
5. Após esta seleção, deverá ser contatada a equipa do CRJA para saber se existe vaga e quais os respetivos critérios de admissão.
6. Caso se verifique a disponibilidade de vaga, a equipa de comportamentos aditivos e dependências (CAD) ou as diferentes instituições deverão assegurar que o utente tem recursos financeiros para suportar o fundo maneio/dinheiro de bolso (ponto 5 do Despacho nº16938/2013). No caso da CT, deverá igualmente assegurar que o utente tem recursos financeiros para suportar os 20% remanescentes da mensalidade.
7. A equipa de CAD das USI ou das instituições deverão preencher a proposta de admissão e a declaração do utente (no caso de menor, o respetivo responsável legal, deverá preencher a Declaração do Utente) e remeter à Direção Regional de Prevenção e Combate às Dependências (DRPCD) – Divisão de Intervenção Comunitária, Tratamento e Reabilitação (DICTR) para aprovação.
8. Após aprovação da DRPCD/DICTR, a equipa deverá proceder ao encaminhamento para a UD/CT.
9. Utente deve fazer-se acompanhar de análises e outros exames médicos recentes.
10. Sempre que o utente for admitido na UD/CT ou tenha alta quer seja programada ou não programada, quer a DRPCD quer a instituição de origem, deverá receber esta informação. Em caso de alta programada ou não programada, para além da declaração já mencionada, deverá ser remetida uma breve informação clínica para que a USI ou a instituição que o encaminhou, acompanhe novamente o utente.
11. O acompanhamento ao utente após a alta deverá ser de acordo com o PIR (Plano Individual de Reabilitação) onde deverá estar agendado o 1º atendimento após alta da UD, da responsabilidade da instituição de origem. Na CT, nos quatro meses que antecedem a alta programada, deverá ser construído um PIR em conjunto (tríade – utente/comunidade terapêutica/entidade encaminhadora), como forma de facilitação da reinserção do utente no pós-alta.

12. No decorrer do internamento e com uma frequência mensal, deverá existir comunicação entre o terapeuta que acompanha o utente na CT e a equipa de CAD da USI ou instituição, no sentido de existir um acompanhamento do percurso do utente.
13. No caso de o utente não contactar a estrutura de acompanhamento pós-alta por iniciativa própria, compete a esta contactar o utente com vista à marcação do 1º atendimento nas 1ª duas semanas pós-alta.

Utente contacta diretamente a UD/CT

1. Caso se verifique a disponibilidade de vaga, a equipa de tratamento do CRJA deverá assegurar que o utente tem recursos financeiros para suportar o fundo maneio/dinheiro de bolso, no caso da CT deverá igualmente assegurar que o utente tem recursos financeiros para suportar os 20% remanescentes da mensalidade.
2. O utente ou, no caso de menor, o respetivo responsável legal, deverá preencher a Declaração do Utente.
3. A equipa da UD/CT deverá preencher a proposta de admissão e remeter DRPCD/DICTR, acompanhado da declaração do utente, para aprovação.
4. Após aprovação da DRPCD/DICTR, a equipa procede ao internamento.
5. Restante procedimento igual ao dos utentes referenciados.

Declaração do Utente

Nome Completo_____ Filho de _____ e de _____ com o cartão de cidadão nº _____, beneficiário do SRS/Subsistema_____ número_____, com o estado civil de_____, data de nascimento___/___/___, natural de _____ e residente na_____Código Postal _____, declara que concorda com a sua admissão na instituição _____, conforme proposta do Terapeuta/Médico_____ da instituição _____ bem como a divulgação do seu número de beneficiário para efeitos de faturação a subsistemas.

_____, __de_____ de____

O Doente

_____

O Terapeuta/ Médico

_____

(carimbo da unidade)

a) Enviar à Direção Regional da Prevenção e Combate às Dependências, acompanhado pela proposta de admissão

Proposta de Admissão

Direção Regional da Prevenção e Combate às Dependências

Instituição_____

1. Identificação do Médico:

Nome: _____

Local de Acompanhamento: _____

Morada: _____

Telefone: _____Fax: _____

2. Identificação do Terapeuta/ Psicólogo Clínico

Nome: _____

Local de Acompanhamento: _____

Morada: _____

Telefone: _____Fax: _____

3. Identificação do Doente

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: ___/___/____ Género: F (__) M (__)

Morada: _____

Código Postal: _____ Telefone: _____

4. História clínica:

a) Historia Toxicológica (inclui álcool, tipos de tratamento efetuados, serviços a que recorreu e quando)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

b) Estado físico e psíquico (doenças crónicas, infeto contagiosas, psiquiátricas, deficiências motoras)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

5. **Desde quando acompanha este caso:** _____ ano _____mês

6. Objetivos da Admissão:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

7.

Comunidades que frequentou:	**Data de Entrada**	**Data de Saída**

8. Instituição Proposta:

_____

_____

Tipo de Estabelecimento:

Centro de Dia (__)
Comunidade Terapêutica para Alcoólicos (__)
Comunidade Terapêutica para Toxicodependentes (__)
Programa específico para menores (__)
Programa específico para grávidas (__)
Programa específico para doença mental grave concomitante (__)
Unidade de Desabituação (__)

Instituição_____

_____, __de_____ de____

O Médico

_____

O Terapeuta/ Psicólogo Clínico

_____

(carimbo da Instituição)

a) **Enviar à Direção Regional da Prevenção e Combate às Dependências, acompanhada pela declaração do utente**

Declaração de Saída

Pelo presente se comunica a saída em ___/___/____ (data efetiva de saída) por motivo de alta programada/interrupção/expulsão/fuga (riscar o que não interessa) desta instituição.

(Nome completo)_____ filho de _____ e de_____ com o cartão de cidadão _____ beneficiário do SRS/Subsistema _____/número _____, com o estado civil de _____, data de nascimento ___/___/___, natural de _____e residente na _____CódigoPostal_____ _____

_____, ___de_____ de____

A Direção

_____

a) Remeter à entidade que procedeu à referenciação do utente e à Direção Regional da Prevenção e Combate às Dependências

Anexo III

Ficha de Referenciação/Articulação

I – FONTE DE REFERENCIAÇÃO

Identificação da Instituição_____

Morada _____

Telefone_____ Telemóvel_____ Mail _____

Identificação do Técnico_____

Breve descrição do motivo de Encaminhamento:

Documentos anexos:

Doc. Identificação □ Relatórios □ Consentimento Informado □ Outros □

II – IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: _____

Data de Nascimento: (D)____/(M)____/(A)_____ Morada: _____

Morada _____

Telefone_____ Telemóvel_____ Mail _____

Tutor legal (caso seja menor):

Nome: _____

Parentesco: _____ Contato _____

Coabitação:

□Pais □ familiares □ Instituição □ outro _____

Situação Profissional:

□ Empregado □ Desempregado □ Estudante □ Aposentado/Reformado □ outra _____

VII – DADOS CLINICOS

HISTORIA TOXICOLÓGICA			
SUBSTÂNCIA	**IDADE INÍCIO - FIM**	**FREQUÊNCIA/REGULARIDADE DOS CONSUMOS**	**SITUAÇÃO ATUAL (ÚLTIMOS 30 DIAS)**

TRATAMENTOS EFETUADOS		
INSTITUIÇÃO	**DATA DE ENTRADA**	**DATA DE SAÍDA**

Comportamentos de Risco

□ - Sem comportamentos de risco identificados

□ - Sexualidade, quais: _____

□ - Violência, quais: _____

□ - Segurança rodoviária, quais: _____

□ - Outros: _____

Perturbações associadas ao consumo

□ - Sem perturbações identificadas

□ - Físicas, quais: _____

□ - Psicológicas, quais: _____

VIII – DADOS JUDICIAIS

□ **SEM** antecedentes □ **COM** antecedentes Criminais, quais: _____

□ **COM** Processos em curso, quais: _____

IX – ESTRUTURAS DE REFERENCIAÇÃO/ARTICULAÇÃO

Nível I

Unidade de Saúde de Ilha

□ Equipa de Intervenção em CAD

□ Apoio MGF

□ Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

□ Equipa de Saúde Escolar

Nível II

□ Equipa de Intervenção em CAD (USI)

□ Equipa de Apoio à Cessação Tabágica

□ Tratamento em Ambulatório (IPSS)

Nível II

□ Unidade de Alcoologia

□ Unidade de desabituação

□ Comunidade Terapêutica

□ Centro de Dia

□ Serviço de Psiquiatria do Hospital

□ Serviços de Especialidades médico cirúrgicas

Data:_____Local:_____

Técnico de referência_____

OBSERVAÇÕES:

REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

DIREÇÃO REGIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE ÀS DEPENDÊNCIAS

Anexo IV

Relatório de Alta

Identificação do utente

Nome:

Nº Utente:

Sexo:

Nº Proc. Clínico:

Data Nascimento:

Nº Beneficiário:

Distrito/Concelho/Freguesia:

Nacionalidade:

Filiação:

(Se idade compreendida entre os 0 e 17 anos + 364 dias)

SERVIÇO: **Direção do Serviço:**

Data de admissão: **Data de alta clínica:** **Data de alta social:**

MOTIVO DE ALTA: ☐ **Melhoria** ☐ **Complicações** ☐ **Saída contra parecer médico** ☐ **Falecimento** ☐ **Outro**

PROVENIÊNCIA:

A. ☐ **Alta**

B. **Encaminhamentos**

- ☐ Hospital de Dia: _____
- ☐ Centro de Dia: _____
- ☐ Consultas Médica/Cirúrgica: _____
- ☐ Centro de Saúde/MGF: _____
- ☐ Serviço Domiciliário: _____
- ☐ Equipa de CAD: _____
- ☐ Estrutura residencial: _____
- ☐ *Drop-in*: _____
- ☐ Unidade de Desabituação: _____
- ☐ ISSA

Motivo do Encaminhamento:

- ☐ Para seguimento
- ☐ Por falta de recursos
- ☐ Para realização de exames
- ☐ Complementaridade de intervenção

C. DIAGNÓSTICOS (*Principal, Secundário, Comorbilidade e outros diagnósticos):*

D. Problemas Psicossociais e/ou Legais associados:

E. RESUMO DO ACOMPANHAMENTO

a. Motivo da Intervenção:

b. História Clínica (resumo, sinais subjetivos principais, sinais objetivos principais):

c. Instrumentos de avaliação usados:

d. Terapêutica efetuada:

e. Evolução durante o acompanhamento:

f. Complicações:

g. **Condição / estado do utente no momento da alta:**

h. **Pensos efetuados:**

i. **Atos Cirúrgicos realizados (se aplicável):**

F. RECOMENDAÇÕES APÓS ALTA

a. **Medicação:**

b. **Outras recomendações após alta (Terapia de Suporte, Grupos de Apoio):**

c. **Referenciação à Consulta:**

d. **Pensos:**

Data:

Médico/a:

Nº Ordem dos Médicos:

_____
(Assinatura do/a Médico/a)

REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

DIREÇÃO REGIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE ÀS DEPENDÊNCIAS

Anexo V – Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens /Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens

Ficha de Sinalização para os Cuidados de Saúde Primários, Serviços de Internamento e Consultas Externas Hospitalares

A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM			
Nome	☐ Sexo Masc. ☐ Sexo Fem.	Data Nasc. / /	Idade anos e meses
Morada (rua, nº e andar)		Localidade	Cód. Postal -
Telefone	Telemóvel	Nº Utente	
Centro de Saúde Médico de Família		Jardim-de-infância/Escola	
Dados da Mãe/Pai ou Pessoa Responsável N.º Irmãos Coabitantes:		Outras Informações de Interesse	

B – DADOS DA SINALIZAÇÃO

Entidade Sinalizadora:

Contactos da Entidade: Email

Telefone Telemóvel Fax

Morada

Quem sinaliza:

Contactos:

Data de sinalização: / /

Data do primeiro contacto com a família na situação em análise __ / __ / ____

C – MOTIVO DA SINALIZAÇÃO (SUSPEITA/CONFIRMAÇÃO)			
Mau trato físico	☐	Negligência	☐
Mau trato psicológico / emocional	☐	Abandono	☐
Abandono afetivo	☐	Disfuncionalidade parental/familiar	☐
Abuso sexual (suspeita)	☐	Abuso sexual (confirmado)	☐
Problemas comportamentais – agressividade contra outros (família, amigos, professores), agitação psicomotora	☐	Problemas comportamentais (autoagressividade, ideação suicida, desorientação, confusão, apatia, …)	☐
Comportamentos aditivos nos cuidadores (álcool, substâncias ilícitas, jogo, …)	☐	Absentismo escolar sem justificação	☐
Dificuldade de aprendizagem sem défice cognitivo	☐	Problema de saúde grave na criança/fratria	☐
Outros motivos:	☐	Comentários:	

Para a presente sinalização solicita-se que os sinais/sintomas/indicadores e/ou fatores de risco observados sejam identificados no documento em anexo.

Tipo de Suspeição:	☐ **Suspeita**	☐ Observação isolada ☐ Observação reiterada	☐ **Evidência**	☐ Observação isolada ☐ Observação reiterada	

Tipo de Intervenção: ☐ Ligeira ☐ Moderada ☐ Intensiva ☐ Muito Intensiva

D – INICIATIVAS ACTUAIS E/OU MEDIDAS TOMADAS

Elaborou ou tem conhecimento da existência de um plano para seguimento/esclarecimento de situações anteriores? ☐ Sim ☐ Não

Iniciativas atuais / Medidas já tomadas (especifique, se possível, as opções assinaladas)**:**

☐ Encaminhamento para Urgência _____
☐ Apoio junto de outro familiar _____ _____
☐ Contacto com Psicólogo _____
☐ Contacto com Serviço Social _____
☐ Contacto com outras Instituições / Núcleos da Rede / Parceiros _____
☐ Contacto com Consulta de Especialidade _____
☐ Internamento em Serviço Hospitalar _____
☐ Contacto com o Instituto Nacional de Medicina Legal
☐ Contacto com CPCJ _____

☐ Contacto com Forças de Segurança (GNR/PSP) _____
☐ Acionado Artigo 91º da Lei 142/2015 de 8 de setembro, por situação de perigo iminente;
☐ Outros: _____

Técnico Responsável pelo plano

Data de Inicio da Implementação do Plano: __/ __ / ____

A família/jovem foi informada(o) da presente sinalização? ☐ Sim ☐ Não

Porquê?

E – MANTÉM-SE RESPONSÁVEL PELO SEGUIMENTO DA SITUAÇÃO?

☐ Sim, mantenho-me responsável pelo seguimento da situação, com acompanhamento pelo NACJR/NHACJR (se nos 30 dias subsequentes à presente sinalização, não existir qualquer registo de seguimento por esta equipa/profissional, a situação é encaminhada para o NACJR/NHACJR).
☐ Não, pretendo a intervenção do NACJR/ NHACJR. Justifique _____
_____

NOTA - Se estiver em presença de uma situação de **PERIGO**, o profissional de saúde, perante a obrigatoriedade de atuação urgente (artigo 91.º da Lei 142/2015 de 8 de setembro), torna-se automaticamente o **Gestor de Caso**.

NACJR/NHACJR- FICHA DE SINALIZAÇÃO

FINALIDADE: A Ficha de Sinalização e Articulação para os Serviços de Saúde pretende organizar e agilizar o fluxo de informação, permitindo uma intervenção consertada entre os diferentes profissionais dos serviços no âmbito da intervenção a crianças e jovens em risco, nos diferentes contextos e níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Toda a informação constante na ficha é **Confidencial.**

Esta Ficha destina-se a intervenções que visem prevenir ou abordar as situações de risco psicossocial, desproteção ou mau trato. Qualquer **profissional de saúde** pode preenchê-la. Assim, este instrumento deve ser utilizado para:

1. **Sinalização interna para o Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco** (NHACJR) da instituição onde foram observadas situações de risco, e/ou, na sua ausência, **para notificar o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco** (NACJR) do Centro de Saúde da área de residência da criança/jovem;
2. **Pedido de colaboração interprofissional ou intersectorial**; as intervenções podem realizar-se dentro de uma mesma instituição de saúde, informando ou solicitando a atuação de outro profissional ou departamento, ou entre diferentes instituições ou níveis de intervenção do SNS. Nestes dois últimos casos, é recomendável que a Ficha de Sinalização e Articulação seja canalizada através dos NACJR / NHACJR.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM

Dever-se-ão indicar os dados disponíveis que permitam a identificação e a localização da criança/jovem em risco, para o que se solicitará a colaboração de outro profissional ou sector do SNS.

No campo **"Idade"**, dever-se-á indicar a idade em anos e meses até aos três anos de idade da criança.

No campo **"Jardim-de-Infância/Escola"**, dever-se-á indicar o nome da escola e outros dados mais específicos, se estiverem disponíveis.

No campo **"Dados da mãe/pai ou pessoa responsável"**, caso não sejam os pais os responsáveis pela criança/jovem, dever-se-á identificar a pessoa responsável, indicar o grau de parentesco e contactos.

No campo **"Outras informações de interesse"** poder-se-á referir a Nacionalidade dos pais, défices de comunicação dos mesmos, entidade patronal do jovem (se aplicável) entre outras considerações relevantes.

B – DADOS DA SINALIZAÇÃO

Este campo possibilita e facilita a coordenação interprofissional ou intersectorial proposta ou solicitada. Dever-se-ão incluir a data da sinalização ao NACJR/NHACJR e os dados que permitam identificar a instituição e o profissional que a inicia e/ou que se mantém como gestor de caso.

C – MOTIVO DA SINALIZAÇÃO

Neste campo, dever-se-ão indicar o(s) motivo(s) de sinalização que justifiquem a necessidade de intervenção dos serviços de saúde junto da criança/jovem e família. No campo **"Comentários"** poder-se-ão inserir livremente todas as observações pertinentes relacionadas com o motivo de sinalização.

Desta secção da Ficha de Sinalização, também faz parte a **"Lista de sinais, sintomas, indicadores e fatores de risco observados"** que se encontra em anexo. A necessidade do seu preenchimento justifica-se pela importância de uma caracterização mais completa da situação de risco (potencial ou verificado), no sentido de promover a agilização do processo de colaboração solicitado. O mesmo se aplica aos campos referentes ao **"Tipo de Suspeição"** e ao **"Tipo de Intervenção"**. Quanto ao Tipo de Intervenção, considere: **LIGEIRA** - quando a situação apenas requer acompanhamento e vigilância; **MODERADA** – quando necessita de uma intervenção mais específica; INTENSIVA – quando a situação implica medidas de promoção e proteção; **MUITO INTENSIVA** – quando a criança/jovem se encontra em perigo.

D – ACTUAÇÕES PRÉVIAS REALIZADAS

Este campo destina-se a fornecer informações acerca de possíveis atuações realizadas, atual ou anteriormente com a criança/jovem e família, bem como acerca dos profissionais/sectores que intervieram. De um modo geral, informar-se-á a criança/jovem e/ou família da solicitação de apoio que implica a utilização da presente Ficha, exceto em situações em que a própria segurança ou bem-estar da criança/jovem esteja em perigo e contraindique tal procedimento.

E – PEDIDO DE INTERVENÇÃO DO **NACJR/NHACJR**

Se a resposta for "Sim", a informação será utilizada pelo Núcleo apenas para fins estatísticos.

Se a resposta for "Não", haverá que solicitar a necessidade de intervenção do Núcleo (aguardando-se o seu contacto para discussão da situação), justificando o facto.

INSTRUÇÕES PARA O ENVIO DA FICHA DE SINALIZAÇÃO

1) **A Ficha será sempre enviada ao NACJR/NHACJR para fins estatísticos, preferencialmente por correio eletrónico;**
2) Quando solicitada colaboração, a Ficha será enviada ao serviço, unidade ou profissional a quem esta foi requerida (incluindo, se necessário, o NACJR/NHACJR), preferencialmente por correio eletrónico;
3) Dever-se-á juntar uma cópia da mesma para integrar o processo clínico da criança/jovem.

REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

DIREÇÃO REGIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE ÀS DEPENDÊNCIAS

Suspeita de Maus Tratos - Sintomas / Sinais / Indicadores

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:
Por favor, assinale os campos que considere presentes na sua observação (um ou vários).
No campo "**Outros**", poderá identificar outros sinais, sintomas ou indicadores que não estejam contemplados na listagem apresentada.
Toda a informação constante na ficha é **Confidencial**.

NOTA: Nenhum dos sintomas/sinais/ indicadores permite, por si só, estabelecer diagnóstico de maus tratos.

Físicos	
Hemorragias conjuntivais	☐
Lesões com diferentes estádios de evolução (por exemplo, equimoses e hematomas com diferentes colorações)	☐
Traumatismo crânio-encefálico em crianças menores de 1 ano de idade sem uma explicação consistente	☐
Lesões de diagnóstico mais complexo, como lesões internas e/ou neurológicas	☐
Fratura de fémur em criança que não iniciou marcha	☐
Fratura de costelas e/ou corpos vertebrais, fratura de metáfise	☐
Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fratura)	☐
Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns nos traumatismos de tipo acidental	☐
Lesões provocadas que deixam marcam (por exemplo, marcas de fivela, corda, mãos, chicote, régua…)	☐
Síndroma da criança abanada (sacudida)	☐
Persistência de sintomas de difícil explicação	☐
Ausência ou demora na procura de cuidados médicos	☐

Psicológicos/Emocionais	
Tristeza, medos, sentimentos de inferioridade, vergonha ou culpa	☐
Choro incontrolável no primeiro ano de vida	☐
Perturbações do comportamento alimentar	☐
Perturbações do sono	☐
Alterações do controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese)	☐
Cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente	☐
Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afetivas	☐
Automutilação	☐
Comportamento ou ideação suicida	☐
Relutância em regressar a casa e/ou fuga	☐
Comportamentos entendidos como desviantes (delinquência, abuso de álcool ou drogas, prostituição)	☐
Outros:	

Abuso Sexual	
Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infeção)	☐
Infeções de transmissão sexual	☐
Corrimento vaginal persistente ou recorrente	☐
Presença de esperma no corpo da criança/jovem	☐
Presença de sangue atribuível a outra pessoa ou substâncias estranhas, como lubrificantes, no corpo ou roupa da criança/jovem	☐
Laceração do hímen	☐

Consultas de urgência frequentes, aparentemente sem motivo justificativo	☐
Intoxicações, sobretudo se ocorrer mais de um episódio	☐
Síndroma de abstinência no período neonatal (tremores, dificuldades na alimentação, sudorese intensa, entre outros)	☐
Perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem, …)	☐
Aspeto mal cuidado	☐
Alterações do estado nutricional (desnutrição, desidratação, peso excessivo para a idade, dieta desadequada …)	☐
Alopécia traumática por arrancamento, ou por postura prolongada com deformação do crânio	☐
Cansaço, sonolência e apatia frequentes	☐
Outros:	

Hemorragia vaginal ou anal	☐
Lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais	☐
Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal	☐
Lesões no pénis ou região escrotal	☐
Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração dos lábios ou do freio da língua	☐
Gravidez	☐
Condutas erotizadas	☐
Prostituição infantil	☐
Outros:	

REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

DIREÇÃO REGIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE ÀS DEPENDÊNCIAS

Suspeita de Maus Tratos - Sintomas / Sinais / Indicadores

Na Família ou Criança/Jovem	
Gravidez não aceite/mal vigiada/não vigiada (pedido de aborto, adoção, …)	☐
Contraceção inadequada/ausente	☐
Família monoparental sem suporte sociofamiliar sustentável	☐
Parentalidade precoce, sem suporte sociofamiliar sustentável	☐
Indisponibilidade para a prestação de cuidados aos dependentes (questão laboral, exiguidade habitacional, conflitos familiares, reclusão, outros)	☐
Situação socioeconómica precária e/ou família com subsídio do estado (RSI)	☐
Carência de higiene e aspeto descuidado dos pais	☐
Pais/cuidadores com comportamentos aditivos	☐
Falta de autoconfiança na prestação de cuidados	☐
Pais/cuidadores com doença mental	☐
Pais/cuidadores apresentam dificuldades de compreensão	☐
Situações anteriores de negligência ou mau trato e/ou retirada das responsabilidades parentais e/ou outras crianças institucionalizadas	☐
Violência familiar ou doméstica	☐
Separação/divórcio e conflitos de custódia	☐
Dificuldade dos pais/cuidadores em aderir às intervenções propostas (consultas, visitas domiciliárias, convocatórias diversas, …)	☐
Mudança sucessiva de serviço de saúde	☐
Comportamento conflituoso e/ou agressivo nos serviços	☐

Acompanhamento insuficiente de situações de doença e/ou internamento da criança/jovem	☐
Tentativa de ocultação de sinais de mau trato físico da criança/jovem ou o causador	☐
História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão	☐
Explicações contraditórias ou discordantes pelos diferentes cuidadores face à situação	☐
Disciplina demasiado rígida e autoritária	☐
Aparente falta de preocupação com a criança e/ou não prestação da atenção devida	☐
Proteção excessiva da criança/jovem	☐
Fuga às responsabilidades parentais e/ou abandono da criança/jovem	☐
Procura excessiva de cuidados médicos	☐
Atraso e/ou incumprimento do Programa de Saúde Infantil e Juvenil e/ou do Programa de Vacinação	☐
Expectativas irrealistas e/ou negativas em relação à criança/jovem	☐
Desvalorização, rejeição ou culpabilização da criança/jovem;	☐
Vinculação insegura/desorganizada e/ou ausência de manifestações de afeto com a criança/ jovem	☐
Antecedentes de abuso nos pais, no período da infância	☐
Ansiedade excessiva perante a educação da criança/jovem	☐
Outros:	☐

CIRCUNSTÂNCIAS DO EPISÓDIO ACTUAL		
Há quanto tempo ocorreu? _____ Local onde ocorreu: _____ Alegado(a) agressor(a) (indicar sexo, parentesco, antecedentes conhecidos e outra informação relevante): _____ _____ Outra Informação relevante: _____ _____		
Avaliação de segurança da criança/jovem se em situação de violência doméstica:		
O(a) agressor (a) está aqui, agora?	Sim	Não
A criança/jovem tem medo do(a) agressor(a)?	Sim	Não
A criança/jovem tem medo de ir para casa?	Sim	Não
A criança assiste a violência doméstica?	Sim	Não
O(a) agressor(a) maltrata a criança?	Sim	Não
Existem armas em casa?	Sim	Não
Existem ameaças de homicídio?	Sim	Não
Existem ameaças de suicídio?	Sim	Não
A violência tem aumentado em gravidade?	Sim	Não
Existe dependência de substâncias?	Sim	Não
Já foi discutido um plano de segurança?	Sim	Não
Outros		

REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

DIREÇÃO REGIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE ÀS DEPENDÊNCIAS

Ficha de Sinalização e de Continuidade de Cuidados em Situações de Risco para os Serviços de Urgência Pediátrica / Serviço de Urgência Básica / Consulta de Reforço ou outra

A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM

Data: _____

Hora: _____

Nacionalidade: _____

(Identificação da criança através da Instituição)

Nome da Mãe _____Idade _____ Profissão_____

Nome do Pai_____Idade _____ Profissão_____

Responsável pela criança/jovem (registar grau de parentesco / outra situação): _____

_____ Contacto: _____

Criança/jovem institucionalizado?

☐ Não ☐ Sim. Identificação da Instituição _____

Acompanhante da criança/jovem

☐ Familiar (Grau de parentesco _____) ☐ Acompanhante de Instituição

☐ Outro _____

Local que frequenta durante o dia:

☐ Ama ☐ Creche/ Jardim de Infância / Escola _____

☐ Domicílio, ficando com _____ ☐Outro, ficando com _____

Outras informações de interesse: _____

_____

Motivo porque recorre ao Serviço: _____

_____

- MOTIVO DE REFERENCIAÇÃO

dentificação de uma situação de risco (suspeita ou confirmada)

Mau trato físico	☐	Negligência grave	☐
Mau trato psicológico / emocional	☐	Abandono	☐

REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

DIREÇÃO REGIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE ÀS DEPENDÊNCIAS

Abandono afetivo	☐	Disfuncionalidade parental/familiar	☐
Abuso sexual (suspeita)	☐	Abuso sexual (confirmado)	☐

Outros_____

_____

Agente(s) agressor(es) suspeito(s) _____Há quanto tempo? _____Local _____

Tipo de Suspeição:	☐ **Suspeita**	☐Observação isolada ☐Observação reiterada	☐**Evidência**	☐Observação isolada ☐Observação reiterada

Tipo de Intervenção: ☐Ligeira ☐ Moderada ☐ Intensiva ☐ Muito Intensiva

Solicita-se que os sinais/sintomas/indicadores e/ou fatores de risco, observados para a presente sinalização, sejam identificados no documento em anexo.

- ACTUAÇÕES PRÉVIAS REALIZADAS

oi realizado algum tipo de ação?

☐Sim. **Que intervenção foi realizada?** _____☐ Não.

☐Radiografias_____

☐TAC_____

☐Análises laboratoriais (por exemplo DIG) _____

☐Perícia Médico-Legal ☐Colheita de amostra_____

☐Fotografias das lesões

☐Consulta de oftalmologia (fundoscopia)

☐Consulta de Ginecologia

☐Contacto com Psicólogo

☐Contacto com Serviço Social

☐Contacto com N(H)ACJR. Qual? _____

☐Contacto com CPCJ

☐Contacto com Forças de Segurança (GNR/PSP)

☐Contacto com outras Instituições / Parceiros _____

☐Internamento em Serviço Hospitalar _____

☐Acionado Artigo 91º da Lei 142/2015 de 8 de setembro, por situação de perigo eminente

☐Outro contacto com o Ministério Público

☐Apoio junto de outro familiar

☐Outros_____

a família/responsável foi informada desta referenciação? ☐Sim ☐ Não

e a família/responsável não foi informada, qual a razão? _____

_____

– CARACTERIZAÇÃO DO PEDIDO DE INTERVENÇÃO PARA CONTINUIDADE DE CUIDADOS

oi solicitada intervenção do NHACJR/NACJR?

☐ Não, mantenho-me responsável pelo seguimento a nível hospitalar.

☐ Sim. Qual? ☐ NACJR de _____ ☐ NHACJR de _____

Em qualquer das situações, o N(H)ACJR deve ser sempre notificado para fins estatísticos.)

Que tipo de intervenção solicita:

☐ Vigilância e/ou acompanhamento

☐ Colaboração para articulação com outros recursos da comunidade

☐ Informação

☐ Outros_____

IOTA: se estiver em presença de uma situação de **PERIGO**, o profissional de saúde, perante a obrigatoriedad
e atuação urgente (artigo 91.º da Lei 142/2015 de 8 de setembro), torna-se automaticamente o **Gestor d**
aso.

- DADOS DA REFERENCIAÇÃO

écnico responsável pela referenciação: _____

ontactos: _____

NSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

or favor, assinale com uma cruz todos os campos que considere presentes na sua observação.

lo campo **"Outros",** poderá identificar outros sinais, sintomas ou indicadores que não estejam contemplados n
stagem apresentada. Toda a informação constante na ficha é **confidencial**.

IOTA: Nenhum dos sintomas/sinais/indicadores permite, por si só, estabelecer diagnóstico de maus tratos.

REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

DIREÇÃO REGIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE ÀS DEPENDÊNCIAS

FAMILIARES, CRIANÇA/JOVEM			
)esajustamento psicossocial (toxicodependência, lcoolismo, prostituição)	☐	Parentalidade precoce, sem suporte sociofamiliar sustentável	☐
ıntecedentes de negligência ou mau trato com utros filhos	☐	Família monoparental sem suporte sociofamiliar sustentável	☐
;ravidez não desejada/mal vigiada/não vigiada	☐	Violência familiar ou doméstica	☐
amília em situação económica precária sem apoio ocial	☐	Ausência de manifestações de afeto com a criança/ jovem	☐
pisódios recorrentes em diferentes serviços de rgência	☐	Outros	

ABUSO SEXUAL			
esões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, aceração, fissuras, erosão, infeção)	☐	Lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais	☐
resença de esperma no corpo da criança/jovem	☐	Corrimento vaginal persistente ou recorrente	☐
quimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou aceração do freio dos lábios	☐	Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal	☐
		Lesões no pénis ou região escrotal	☐
;ravidez	☐	Laceração do hímen	☐
nfeções de transmissão sexual	☐	Outros	

MAU TRATO PSICOLÓGICO / EMOCIONAL			
das à Urgência repetidas por cefaleias, dores nusculares e abdominais sem causa orgânica parente	☐	Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações interpessoais	☐
lterações do controlo dos esfíncteres (enurese, ncoprese)	☐	Comportamentos agressivos (autoagressividade e/ou heteroagressividade) e/ou automutilação	☐
:horo incontrolável no primeiro ano de vida	☐	Perturbações do comportamento alimentar	☐
:omportamento ou ideação suicida	☐	Outros	

MAU TRATO FÍSICO			
listória inadequada ou recusa em explicar o necanismo da lesão pela criança ou pelos diferentes uidadores	☐	Demora ou ausência de procura de cuidados médicos	☐
		Alterações graves do estado nutricional	☐
índroma da criança abanada (sacudida ou hocalhada)	☐	Lesões provocadas que deixam marcas (por exemplo, marcas de fivela, corda, mãos, chicote, régua…)	☐
lopecia traumática e/ou por postura prolongada om deformação do crânio	☐	Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fratura)	☐

erturbações do desenvolvimento (peso, estatura, nguagem, …)	☐	Fraturas das costelas e corpos vertebrais, fraturas de metáfises	☐
quimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, ortes e mordeduras em locais pouco comuns nos raumatismos de tipo acidental (face, periocular, relhas, boca e pescoço ou na parte proximal das xtremidades, genitais e nádegas)	☐	Outros	

NEGLIGÊNCIA			
arência de higiene (tendo em conta normas ulturais, o ambiente de vida, o meio familiar)	☐	Inexistência de rotinas (nomeadamente, alimentação e ciclo sono/vigília)	☐
estuário desadequado em relação à estação do ano lesões consequentes de exposições climáticas dversas	☐	Incumprimento do Programa-Tipo de Saúde Infantil e Juvenil e/ou do Programa Nacional de Vacinação	☐
lematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes requentes por falta de supervisão de situações erigosas	☐	Doença crónica sem cuidados adequados (falta de adesão a programa de vigilância e terapêutica programados)	☐
erturbações no desenvolvimento e nas aquisições ociais (linguagem, motricidade, socialização) que ão estejam a ser devidamente acompanhadas	☐	Intoxicações acidentais repetidas	☐
		Outros	

CIRCUNSTÂNCIAS DO EPISÓDIO ACTUAL

lá quanto tempo? _____

ocal onde ocorreu: _____

legado(a) agressor(a) (indicar sexo, parentesco, antecedentes conhecidos e outra informação relevante)
_____
_____

utra Informação relevante:
_____
_____
_____

valiação de segurança da criança/jovem:

(a) agressor(a) está aqui agora?	Sim	Não
criança/jovem tem medo do(a) agressor(a)?	Sim	Não
criança/jovem tem medo de ir para casa?	Sim	Não
s crianças testemunham a violência?	Sim	Não

)(a) agressor(a) maltrata as crianças	Sim	Não
xistem armas em casa?	Sim	Não
xistem ameaças de homicídio?	Sim	Não
xistem ameaças de suicídio?	Sim	Não
violência tem aumentado em gravidade?	Sim	Não
xiste dependência de substâncias?	Sim	Não
á foi discutido um plano de segurança?	Sim	Não

)utros

Ficha de Referenciação e de Continuidade de Cuidados em Situações de RISCO

INALIDADE:

Ficha de Referenciação e de Continuidade de Cuidados em Situações de Risco pretende agilizar o fluxo d nformação, permitindo uma intervenção consertada e célere entre os diferentes profissionais dos serviços no âmbit a assistência a crianças e jovens em risco, nos diferentes contextos e níveis de cuidados do SNS. Visa-se promover ontinuidade de cuidados e uma intervenção mais precoce na prevenção e/ou abordagem de situações de risc iopsicossocial, desproteção ou mau trato identificadas.

ssim, este instrumento deve ser utilizado para referenciar e solicitar a continuidade de cuidados para as situaçõe itadas.

Qualquer profissional de saúde pode utilizá-la.

oda a informação constante na ficha é **Confidencial**.

- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM

)ever-se-ão indicar os dados disponíveis que permitam a identificação e a localização da criança/jovem em risco, par s quais se solicita a colaboração do N(H)ACJR.

lo campo "**Dados da mãe/pai ou pessoa responsável**", caso não sejam os pais os responsáveis pela criança/jovem ever-se-á indicar o grau de parentesco, ou outro tipo de ligação à criança/jovem.

lo campo "**Jardim-de-Infância/Escola**", dever-se-á indicar o nome da escola.

lo caso de se tratar de uma situação comum a vários irmãos, não é necessário o preenchimento de uma ficha par ada um. Poder-se-ão indicar os respetivos nomes e números de utente no espaço respeitante a "**Outras informaçõe e interesse**". Neste campo, poder-se-á ainda referir a nacionalidade dos pais, défices de comunicação dos mesmos utras considerações relevantes.

– MOTIVO DE REFERENCIAÇÃO

leste campo dever-se-ão indicar o(s) motivo(s) de referenciação que justificam a necessidade de intervenção junt a criança/jovem e família. No campo "**Outros motivos**" poder-se-ão inserir livremente todas as observaçõe ertinentes relacionadas com o motivo de referenciação.

)esta secção da Ficha, também faz parte a "**Lista de sinais, sintomas, indicadores de risco observados**" que s ncontra em anexo. A necessidade do seu preenchimento justifica-se pela importância de uma caracterização mai ompleta da situação de risco (potencial ou verificado), no sentido de promover a agilização do processo d olaboração solicitado. O mesmo se aplica aos campos referentes ao "**Grau de Suspeição**" e ao "**Tipo de Intervenção**' Quanto a esta, considere: **LIGEIRA** - quando apenas requer acompanhamento e vigilância; **MODERADA** – quand ecessita de uma intervenção mais específica; **INTENSIVA** – quando a situação implica medidas de promoção roteção; **MUITO INTENSIVA** – quando a criança/jovem se encontra em perigo.

– ACTUAÇÕES PRÉVIAS REALIZADAS

ste campo destina-se a fornecer informações acerca de possíveis atuações já realizadas (ou iniciadas) com riança/jovem e família no Serviço, bem como acerca dos profissionais/sectores que intervieram.
)e um modo geral, informar-se-á a criança/jovem e/ou família da solicitação de apoio que implica a utilização d resente Ficha, exceto em situações em que a própria segurança ou bem-estar da criança/jovem esteja em perigo ontraindique tal procedimento.

) – CARACTERIZAÇÃO DO PEDIDO DE INTERVENÇÃO PARA CONTINUIDADE DE CUIDADOS

e a resposta for "Não", a informação será utilizada pelo Núcleo apenas para fins estatísticos.
e a resposta for "Sim", haverá que solicitar a intervenção do Núcleo (aguardando-se o seu contacto), justificando edido.

– DADOS DA REFERENCIAÇÃO

ste campo possibilita e facilita a coordenação interprofissional ou intersectorial proposta ou solicitada. Dever-se-ã ıcluir os dados que permitam a identificação da instituição e do profissional que a estabelece.

NSTRUÇÕES PARA O ENVIO DA FICHA DE SINALIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO

) O original da Ficha será enviado ao N(H)ACJR da área de residência da criança/jovem através de Email ou Correio;
) Dever-se-á juntar uma cópia da mesma para integrar o processo clínico da criança/jovem;
) Uma segunda cópia deverá ser sempre enviada ao N(H)ACJR da Instituição que efetua esta sinalização (conforme Despacho n.º 31292/2008, de 5 de Dezembro do Ministério da Saúde (Diário da Republica, 2.ª série).