

Rede de Referenciação / Articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências

FICHA TÉCNICA

Título: Rede de Referência / Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências

Autor: Grupo de Trabalho constituído por:

SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS
Graça Vilar (**Coordenadora**) / Domingos Duran / Sofia Borges Pereira

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P.
José António Santos Silva / Fátima Gonçalves

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.
José António Rocha Almeida / António Pires Preto / José Manuel Bonifácio

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, I.P.
Joaquim Fonseca / António Maia / Ana Dinis

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALENTEJO, I.P.
Dinis Cortes

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE, I.P.
Paula Marujo / Natália Correia

PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL
Álvaro Carvalho

PROGRAMA NACIONAL PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO
Emília Nunes / Miguel Narigão

Editor: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Morada: Av. da República, n.º 61 – 1.º ao 3.º e 7.º ao 9.º. 1050-189 Lisboa

Edição: Lisboa 2013

ISBN: 978-972-9345-84-5

Impressão:

Depósito Legal:

Tiragem:  exemplares

ÍNDICE

Introdução	5
I. Enquadramento	7
I.A. Contextualização	7
I.B. Atribuições do SICAD, das ARS, I.P. e dos Programas Nacionais para a Saúde Mental e para a Prevenção e Controlo do Tabagismo	13
II. Metodologia	22
III. Descrição da Rede	24
III.A. Princípios	25
III.B. Objetivos	27
III.C. Níveis de intervenção na problemática dos comportamentos aditivos e dependências	28
III.D. Fluxograma – desenho da rede e circuito do utente	45
III.E. Arquitetura da Rede, por região de saúde	46
III.F. Instrumentos de rastreio e intervenções breves	55
III.G. Sistemas de informação	66
IV. Implementação e acompanhamento da Rede	68
IV.A. Implementação da Rede	68
IV.B. Acompanhamento e monitorização da Rede	70
V. Glossário	76
Bibliografia	85
Siglas e acrónimos	89
Anexos	91
I. Capacidade instalada na região do Norte	92
II. Capacidade instalada na região do Centro	99
III. Capacidade instalada na região do Alentejo	107
IV. Capacidade instalada na região do Algarve	112
V. Capacidade instalada na região de Lisboa e Vale do Tejo	113
VI. AUDIT	119
VII. ASSIST	120
VIII. Normas e Informações Técnicas da DGS relativas a problemas ligados aos CAD	126

ÍNDICE DE FIGURAS

I.	Relação de objetivos e iniciativas do SICAD no âmbito da Rede	15
II.	Classificação de consumos	29
III.	Relação de níveis de consumo, risco e intervenção no âmbito dos CAD	30
IV.	Algoritmo da Rede	31
V.	Fluxograma global da Rede	45
VI.	Fluxograma da Rede na região do Norte	46
VII.	Fluxograma da Rede na região do Centro	48
VIII.	Fluxograma da Rede na região de Lisboa e Vale do Tejo	50
IX.	Fluxograma da Rede na região do Alentejo	51
X.	Fluxograma da Rede na região do Algarve	52
XI.	Articulação institucional na região do Algarve	53
XII.	Fluxograma de intervenção	55
XIII.	Fluxograma de aplicação do AUDIT	57
XIV.	Relação de resultados, níveis de risco e respetiva intervenção no âmbito do AUDIT	58
XV.	Fluxograma de aplicação do ASSIST	61
XVI.	Relação de resultados, níveis de risco e respetiva intervenção no âmbito do ASSIST	62
XVII.	Relação de padrão de consumo injetável e respetiva intervenção no âmbito do ASSIST	62
XVIII.	Indicador 1 – Divulgação da Rede	72
XIX.	Indicador 2 – Distribuição de ações de formação sobre a Rede	72
XX.	Indicador 3 – Acompanhamento da Rede	73
XXI.	Indicador 4 – Apresentação de relatório	73
XXII.	Indicador 5 – Utentes rastreados através da aplicação do AUDIT ou do ASSIST	74
XXIII.	Indicador 6 – Utentes alvo de intervenção breve	74
XXIV.	Indicador 7 – Tempo médio entre a referenciação e a 1ª consulta	74
XXV.	Indicador 8 – Distribuição de utentes com continuidade de cuidados	75

INTRODUÇÃO

A premência da definição e implementação de um sistema que regule, dentro de uma nova arquitetura institucional, as relações de complementaridade e de apoio técnico entre as entidades intervenientes no tratamento dos comportamentos aditivos e das dependências, exige a construção de uma Rede de Referência/ Articulação de forma a promover o acesso dos doentes aos cuidados e serviços de que efetivamente necessitam, bem como sustentar o sistema integrado de informação interinstitucional.

Com a constituição desta Rede visa-se não só a redefinição das relações de complementaridade e de apoio técnico à luz de uma nova atribuição de competências entre instituições públicas, mas também, a oportunidade de potenciar o alargamento e integração da prestação de cuidados, em função das reais necessidades das populações, em matéria dos comportamentos aditivos e dependências, não obstante ser necessária a definição futura dos processos assistenciais que dela decorrem, pelas entidades a quem estão atribuídas essas competências.

Neste sentido, nesta Rede de Referência / Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências estão incluídos os serviços de saúde públicos, os diferentes sistemas, potencialmente, envolvidos no trajeto de acompanhamento destas populações (Segurança Social, Educação, Segurança Pública, Justiça), bem como os dispositivos dirigidos à problemática da violência doméstica / familiar, às crianças e jovens em risco e aos jovens com problemas de adaptação e inclusão social, mas também entidades privadas que ao longo do tempo têm vindo a ter um papel importante no tratamento dos comportamentos aditivos e das dependências.

Refira-se ainda que esta Rede de Referência / Articulação procura responder a um outro desafio, o qual tem a ver com a organização e articulação de respostas para todos os comportamentos aditivos e dependências. Esta nova formulação, que contempla os progressos que a evidência científica tem vindo a consagrar no que respeita a estes fenómenos, define uma visão holística do conceito de conduta aditiva e de dependência, que preconiza a mobilização para esta Rede de outras intervenções, Unidades e Planos que até agora operavam de forma menos interligada.

Assim, e de acordo com esta visão global, compreensiva e integrada dos comportamentos aditivos e das dependências, nela está englobada a Rede de Referência /Articulação para os Problemas Ligados ao Álcool, elaborada em 2011 pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. em colaboração com as Administrações Regionais de Saúde, I.P.

De igual modo, esta conceção permite e apela a que novos eixos de intervenção devam ser contemplados na articulação das respostas, como é o caso das entidades que operam na área da Redução de Riscos e Minimização de Danos, bem como a ação das Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência.

Ainda neste novo enquadramento para a compreensão e intervenção em comportamentos aditivos e dependências, a coordenação desta Rede com as respostas ao nível dos Programas Nacionais para a Saúde Mental e para a Prevenção e Controlo do Tabagismo surge como uma consequência prática e linear dos modelos e conceções que orientam toda a intervenção nestes fenómenos.

Neste âmbito, o presente documento figura-se como uma base para a implementação da Rede de Referência / Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências, no qual estão definidos, nomeadamente:

- As atribuições dos principais organismos que integram a Rede;
- O modelo organizacional dos serviços, definindo-se o circuito de referência dos utentes com comportamentos aditivos e/ou dependências, de acordo com o grau de gravidade da sua situação;
- Os elementos da Rede e respetivas atribuições / competências, por níveis de intervenção;
- A arquitetura da Rede de Referência / Articulação, por Região de Saúde;
- Os instrumentos e modelos de intervenção a preconizar;
- Os aspetos mais relevantes a desenvolver no âmbito dos Sistemas de Informação;
- O desenho para a implementação, acompanhamento e monitorização da Rede.

I. ENQUADRAMENTO

I.A. CONTEXTUALIZAÇÃO

Decorrente da mais recente orgânica do Ministério da Saúde¹, foi criado o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), extinguindo-se, em consequência, o Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (IDT, I.P.) e atribuindo às Administrações Regionais de Saúde (ARS, I.P.) parte da operacionalização das políticas no domínio dos comportamentos aditivos e dependências.

Neste contexto, são atribuídas ao SICAD competências essencialmente técnico normativas no que respeita à intervenção, ao planeamento e avaliação no âmbito de programas de redução do consumo de substâncias psicoativas e na prevenção dos comportamentos aditivos e dependências, assim como o acompanhamento e coordenação do dispositivo da dissuasão. Com efeito, o SICAD assume-se como um serviço especializado e, particularmente, diferenciado.²

A implementação desta Rede de Referência / Articulação, garantindo ao cidadão portador de problemas ligados aos Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD) o acesso aos cuidados de saúde integrados, beneficiando para tal das respostas que, em cada momento, efetivamente necessita, depende igualmente do seu alinhamento e enquadramento com Ações e Planos, as quais definem e contextualizam as políticas e intervenções do Ministério da Saúde, nomeadamente:

- Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016 (PNS);
- Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências 2013-2020 (PNRCAD) (em discussão pública);
- Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012 (PNRPLA);
- Plano Nacional para a Saúde Mental 2007-2016 (PNSM);
- Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012-2016 (PNPCT).

A integração destes vetores centrais enquanto elementos que contextualizam a conceção da Rede de Referência / Articulação, potencia a sua efetividade e o seu alcance estratégico.

¹ Aprovada pelo Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro.

² Cf. Decreto-Lei n.º 17/2012, de 26 de janeiro, que aprova a orgânica do SICAD.

Concomitantemente a este contexto (re)organizacional, é o conhecimento sobre a realidade do consumo de substâncias psicoativas e dos CAD, bem como a sua evolução ao longo dos anos, que permite identificar as tendências e as necessidades de intervenção.

Neste âmbito, importa ainda apresentar, resumidamente, alguns elementos relativos às prevalências do consumo de substâncias lícitas e ilícitas, sendo que as primeiras, nomeadamente do álcool e do tabaco são significativamente mais elevadas na população portuguesa do que as últimas:

▪ **Prevalência do Consumo de Substancias Lícitas³:**

- Relativamente ao **álcool**, e da comparação dos dados das prevalências de consumo na população portuguesa, entre 2001 e 2007, destaca-se a subida do consumo ao longo da vida na população geral; no período de 2007 a 2012, regista-se uma tendência de diminuição neste parâmetro (2007 = 79,1%; 2012 = 74,0%). No que se refere a episódios de consumo excessivo – *binge drinking* e embriaguez, mantém-se esta tendência para a diminuição dos valores obtidos para a população geral, entre 2001 e 2012, observável em todos os grupos sociodemográficos estudados: por género (mantendo-se uma mais elevada prevalência para o sexo masculino, em todos os parâmetros avaliados) e por grupos decenais de idade.

As indicações positivas, evidenciadas pelos resultados do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, encontram globalmente correspondência no estudo de subgrupos específicos. Estudos em Meio Escolar⁴ evidenciam uma diminuição do número de consumidores de álcool em todas as idades e em ambos os sexos, uma descida das prevalências de consumo ao longo da vida e uma diminuição de consumo recente e de consumo atual. No entanto, para este subgrupo populacional constata-se um *aumento das prevalências das situações de embriaguez ao longo da vida e em todas as faixas etárias e, nos últimos 30 dias, entre os 16 e os 18 anos, bem como aumento do consumo de bebidas destiladas entre os 15 e 18 anos.*

- Quanto ao **tabaco**, relativamente à população em geral, dos 15 aos 64 anos, sublinha-se a subida das prevalências de consumo, entre 2001 e 2007. Os dados referentes a 2012 apontam, contudo, para uma diminuição do consumo desde 2007, no que se refere a todos os parâmetros avaliados: consumo ao longo da vida (2007 = 48,9%; 2012 = 47,0%), no último ano (2007 = 30,9%; 2012 = 28,9%), e no último mês (2007 = 29,4%; 2012 = 26,9%).

³ SICAD (2013), p.14-16 e Balsa (2013).

⁴ ESPAD 2011 - *European School Survey project on Alcohol and other Drugs* e ECATD 2011 - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga, em alunos do ensino público, disponíveis em <http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Paginas/EstudosConcluidos.aspx>.

Em 2012, na população dos 15 aos 74 anos, consumiram tabaco no último ano 25,9% e no último mês 24,2% dos inquiridos. Quanto à taxa de continuidade do consumo, calculada nesta população, foi de 58,4%; 59,6 nos homens e 57,7% nas mulheres.

No que se refere aos jovens, de acordo com os dados recolhidos pelos estudos em meio escolar, analisada a evolução da experimentação do tabaco (prevalência do consumo ao longo da vida), nos alunos do ensino público verificou-se um decréscimo entre 2001 e 2011, quer no 3.º ciclo (de 49% para 38%) quer no ensino secundário (de 70% para 64%).

Registou-se, contudo, entre 2006 e 2011, um aumento nas percentagens de jovens que disseram já ter experimentado fumar (de 35% para 38% no 3.º ciclo e de 55% para 64% no ensino secundário); que disseram ter fumado no último ano (de 22% para 28% no 3.º ciclo e de 34% para 48% no ensino secundário), e nos últimos 30 dias (de 15% para 18% no 3.º ciclo e de 24% para 36% no ensino secundário).

- No que diz respeito ao consumo de **medicamentos com efeitos psicoativos sem prescrição médica** na população geral, a evolução registada evidencia um decréscimo entre 2001 e 2007 (para 2007: ao longo da vida = 22,5%; último ano = 12,0%; últimos 30 dias = 9,9%), tendo ocorrido, desde essa data até 2012, uma tendência para a estabilização, em todos os parâmetros considerados.
- **Prevalência do Consumo de Substâncias Ilícitas⁵:**
 - Com base nos resultados do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, de 2001 e de 2007, ocorreu uma *subida da prevalência dos consumos de qualquer droga, ao longo da vida (de 8% para 12% da população, entre 15-64 anos, que consumiram uma substância ilícita, pelo menos uma vez na vida)*; de 2007 a 2012, registou-se uma diminuição sensível neste indicador, situando-o nos 9,9%. A mesma tendência evolutiva foi verificada nas prevalências de consumo de qualquer substância ilícita nos últimos anos (2001 = 3,4%; 2007 = 3,7%; 2012 = 2,7%), e nos últimos 30 dias (2001 e 2007 = 2,5%; 2012 = 1,7%). Mantêm-se estáveis outros indicadores: a proporção de homens consumidores maior do que das mulheres; a **cannabis** como a substância ilícita mais experimentada, quer na população total como na jovem-adulta, seguindo-se, com prevalências de consumo muito inferiores, a **cocaína** e o **ecstasy**.

⁵ SICAD (2013), p.17-19 e Balsa (2013).

Para todas as substâncias ilícitas avaliadas registou-se uma diminuição da prevalência do seu uso na comparação entre 2007 e 2012, quer no que se refere aos consumos no último ano, quer nos consumos no último mês. É exceção a este quadro geral de decréscimo de prevalências o **LSD**, o qual apresenta uma estabilização no que se refere ao consumo ao longo da vida, bem como nos últimos 30 dias, e uma subida para os consumos no último ano. Destaca-se neste estudo que as prevalências de consumo de substâncias ilícitas são superiores na população jovem-adulta, do que na população total, com a exceção da **heroína**, que surge mais representada no grupo etário mais avançado.

À semelhança do referido anteriormente sobre o álcool, os resultados dos estudos nacionais à população escolar⁶ demonstraram tendências evolutivas díspares, no que concerne às substâncias psicoativas ilícitas. O consumo destas substâncias, que vinha em acréscimo desde os anos 90, diminuiu pela primeira vez em 2006 e 2007, vindo a constatar-se, em 2010 e 2011, um novo aumento do consumo de drogas nestas populações.

Registou-se, também nessa linha, uma subida da experimentação de drogas, com aumento das prevalências ao longo da vida em todas as idades, com realce para a cannabis entre os alunos dos 14 e 18 anos, bem como de **anfetaminas** dos alunos com 14, 16 e 18 anos, de LSD em todas as idades, de cocaína entre os 13 e os 16 anos e de heroína entre os alunos com 14 e 15 anos.

▪ **Consumo Problemático de Substâncias Psicoativas⁷:**

- Os vários estudos epidemiológicos de âmbito nacional que têm vindo a ser produzidos nos últimos anos revelam uma diminuição do consumo de **heroína**, bem como na incidência dos problemas que habitualmente se associam ao seu consumo. No entanto, a heroína ainda prevalece no que diz respeito aos consumos problemáticos.

No âmbito dos indicadores indiretos relativos ao consumo, a heroína continua a ser a principal droga nos contextos da procura de tratamento. No que respeita ao movimento clínico na Rede Pública, se bem que se constata uma estabilidade do número de utentes em ambulatório (aumento de 2% em 2012 face a 2011), a heroína é referida enquanto droga principal por 74% dos utentes em seguimento, e por 49% dos novos utentes admitidos.

⁶ ESPAD 2011 - *European School Survey project on Alcohol and other Drugs* e ECATD 2011 - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga, em alunos do ensino público, disponíveis em <http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Paginas/EstudosConcluidos.aspx>.

⁷ IDT, I.P (2012).

Mantém-se igualmente a tendência de diminuição das práticas de consumo endovenoso e da partilha de material de consumo.

A nível destes indicadores, é também de destacar, nos últimos seis anos, a maior visibilidade do **álcool**, da **cocaína** e da **cannabis** em contexto de procura de tratamento.

- Na análise dos **óbitos** em que se detetou o uso de substâncias psicoativas, quer os indicadores europeus quer os nacionais apontam para uma redução significativa do seu número, nos dois últimos anos para os quais se dispõem de estatísticas (2010 e 2011). Tomando como referência os dados do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., *em 2011 das 157 mortes com informação sobre a causa de morte, cerca de 12% foram considerados overdoses (27%, 28%, e 36%, em 2010, 2009 e 2008)*. Ainda segundo a mesma fonte, as substâncias envolvidas nessas mortes evidenciaram em 2011, e pela primeira vez, um predomínio do cloridrato de metadona sobre os outros opióides, os quais surgem em segundo lugar, seguidos pela cocaína. Como é frequente e comum na análise destes eventos, nas mortes por *overdose* identificadas estiveram envolvidas mais do que uma substância, destacando-se a associação de substância ilícitas com o álcool (37%), e com as **benzodiazepinas** (42%).
- **Novos Desafios⁸:**
 - Em Portugal, tal como em toda a Europa, foi-se assistindo a um aumento do mercado de **novas substâncias psicoativas/alternativas legais às substâncias ilegais**, quer *através do aumento do número de pontos de venda que disponibilizavam estas substâncias quer via internet*, tornando-as facilmente acessíveis para a população em geral, diferentemente do que acontece com as substâncias ilícitas. Tendo sido recentemente objeto de legislação específica⁹ na defesa da saúde pública, as consequências do surgimento deste novo fenómeno no âmbito dos CAD requerem monitorização e acompanhamento continuados. A sua expressão a nível nacional surge caracterizada nos estudos mais recentes, com prevalências ao longo da vida de 1% para o grupo populacional entre 15 – 24 anos, 0,8%, para o grupo 25 – 34 anos, e valores significativamente inferiores para os grupos etários mais avançados (35 – 44 anos = 0,3%; 45-54 anos = 0,2%; 55-64 anos = 0,1%).

⁸ SICAD (2013), p.19-21 e Balsa (2013).

⁹ Cf. Decreto-Lei n.º 54/2013, de 17 de abril, que define o regime jurídico de prevenção e proteção contra a publicidade e comércio das novas substâncias psicoativas e Portaria n.º 154/2013, de 17 de abril, que aprova a lista de novas substâncias psicoativas.

- A abordagem mais abrangente, apoiada na evidência científica, dos CAD induz a valorização de condutas que embora não envolvam o consumo de substâncias psicoativas, partilham com estas determinantes biopsicossociais comuns. Neste âmbito, e em termos da sua expressão na saúde pública, deverá ser dado destaque à problemática relacionada com o jogo. Este fenómeno tem vindo a ser alvo de atenção acrescida, pela facilidade de acesso que lhe é conferida nas suas diferentes formas, o que facilita a sua disseminação transversal pelos diversos grupos populacionais. As necessidades de intervenção carecem de diagnóstico, de monitorização e ação neste domínio constituindo, assim, um desafio a que as estruturas de cuidados de saúde devem atender. A existência de problemas a este nível pode ocorrer em diferentes fases do ciclo de vida, potenciados por situações de crise, e exprimindo-se de formas diferentes, segundo o contexto e circunstância de cada indivíduo.

Em suma, e tendo por base o período de 2001 a 2012, constata-se tendências evolutivas mistas no que respeita à prevalência de CAD, bem como a emergência de novos fenómenos neste domínio. Confirmando a sua natureza mutável, estas evidências alertam para a necessidade de reforço quer da monitorização, quer das medidas preventivas e de intervenção, alargando e flexibilizando o acesso ao tratamento dos cidadãos com problemas ligados aos CAD.

I.B.**ATRIBUIÇÕES DO SICAD, DAS ARS, I.P. E DOS PROGRAMAS NACIONAIS PARA A SAÚDE MENTAL E PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO****I.B.1.****SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS**

O SICAD é um serviço central do Ministério da Saúde, integrado na administração direta do Estado, dotado de autonomia administrativa, que tem por missão promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências e que prossegue as seguintes atribuições¹⁰:

- *Apoiar o membro do Governo responsável pela área da saúde na definição da estratégia nacional e das políticas de redução do consumo de substâncias psicoativas, de prevenção dos comportamentos aditivos e da diminuição das dependências e sua avaliação;*
- *Planear e avaliar os programas de prevenção, redução de riscos e minimização de danos, de reinserção social e de tratamento do consumo de substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências, designadamente definindo normas, metodologias e requisitos a satisfazer para garantir a qualidade;*
- *Planear a intervenção no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências, através de uma rede de referenciação entre cuidados primários, centros de respostas integradas e unidades de internamento ou unidades hospitalares, consoante a gravidade da dependência ou dos consumos de substâncias psicoativas;*
- *Desenvolver, promover e estimular a investigação científica no domínio das substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências e manter um sistema de informação sobre o fenómeno da droga e das toxicodependências;*
- *Desenvolver mecanismos de planeamento e coordenação efetivos conducentes à definição das políticas para as intervenções no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências;*
- *Efetuar diagnósticos de necessidades de intervenção de âmbito nacional, definir prioridades e o tipo de intervenção a desenvolver;*

¹⁰ Cf. Decreto-Lei n.º 17/2012, de 26 de janeiro, que aprova a orgânica do SICAD.

- *Definir as linhas de orientação técnica e normativa para a intervenção nas áreas dos comportamentos aditivos e das dependências;*
- *Promover a formação no domínio das substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências;*
- *Assegurar a recolha, tratamento e divulgação dos dados e informação dos serviços públicos e das entidades privadas com intervenção no domínio das substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das dependências;*
- *Assegurar a representação internacional, no domínio das suas competências e atribuições específicas, sem prejuízo das competências próprias do Ministério dos Negócios Estrangeiros, bem como garantir o cumprimento das obrigações enquanto ponto focal nacional da Rede Europeia de Informação sobre Toxicodependência do Observatório Europeu das Drogas e da Toxicodependência, em coordenação com a Direcção-Geral da Saúde, enquanto entidade responsável pelas relações internacionais do Ministério da Saúde;*
- *Prestar o apoio técnico e administrativo e garantir as infraestruturas necessárias ao funcionamento das Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência;*
- *Definir os requisitos para o licenciamento de unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde na área das dependências e comportamentos aditivos.*

Decorrente destas atribuições, o SICAD definiu os seus objetivos estratégicos e respetivos objetivos operacionais para o ciclo 2013-2015 e, conseqüentemente, as iniciativas para a sua prossecução. Neste âmbito, apresenta-se de seguida os que se revestem de maior pertinência para a Rede de Referência / Articulação.

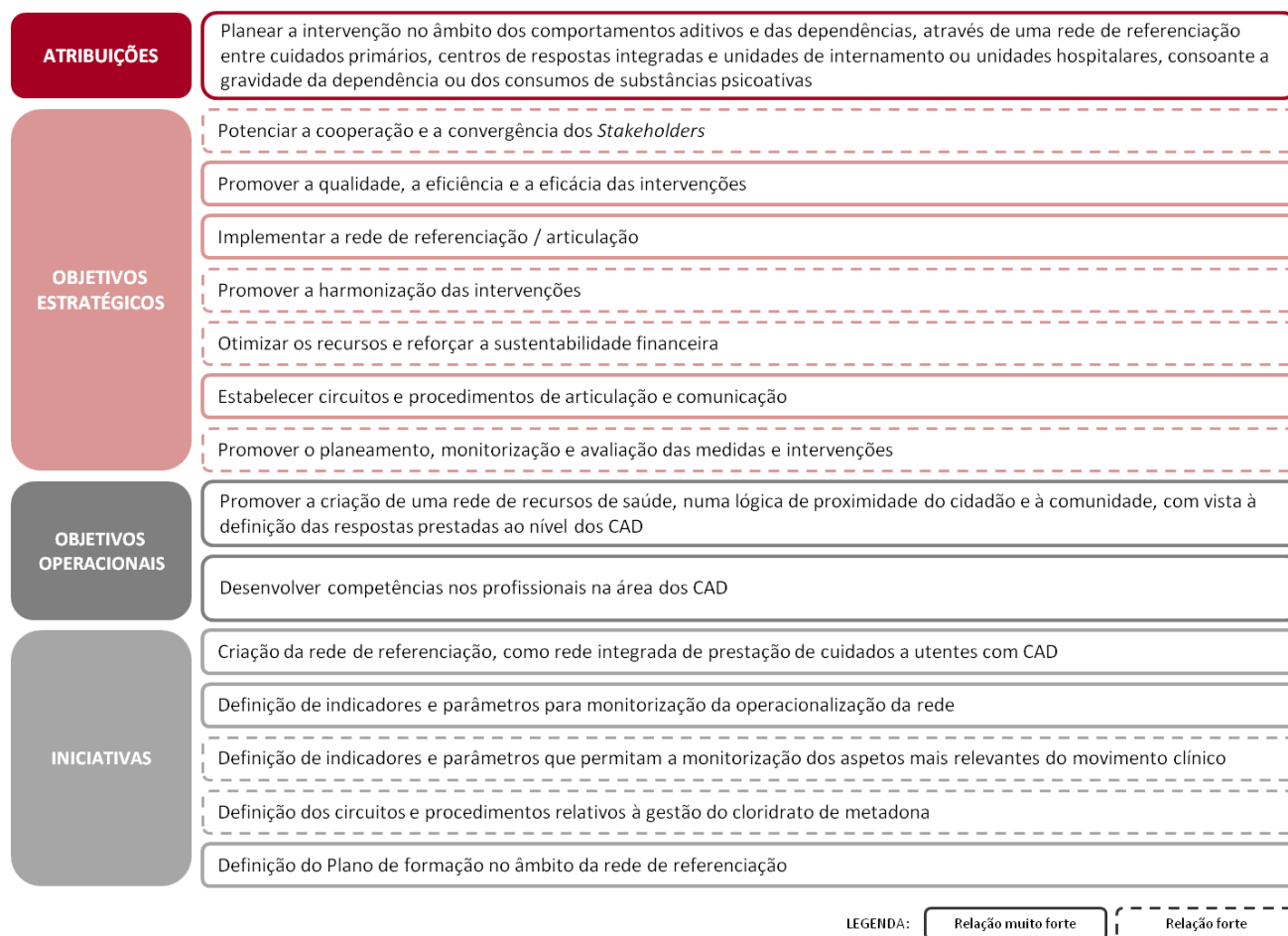


Figura I. Relação de objetivos e iniciativas do SICAD no âmbito da Rede

I.B.2.**ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE, I.P.**

As ARS,I.P. são organismos públicos (pessoas coletivas de direito público), integrados na administração indireta do Estado, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e património próprio. Têm por missão garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde e cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção.

No âmbito do Plano de Redução e Melhoria da Administração Central - PREMAC e assim resultante da reorganização operada do Ministério da Saúde, a orgânica das ARS,I.P. foi revista e incorporou a componente de operacionalização das políticas de saúde / execução dos programas de intervenção local em matéria de CAD, que estavam atribuídas ao IDT,I.P.. Assim, no âmbito das circunscrições territoriais respetivas, as ARS,I.P. prosseguem, entre outras, as seguintes atribuições¹¹:

- *Executar a política nacional de saúde, de acordo com as políticas globais e sectoriais, visando o seu ordenamento racional e a otimização dos recursos;*
- *Participar na definição das medidas de coordenação intersectorial de planeamento, tendo como objetivo a melhoria da prestação de cuidados de saúde;*
- *Desenvolver e fomentar atividades no âmbito da saúde pública, de modo a garantir a proteção e promoção da saúde das populações;*
- *Assegurar a execução dos programas de intervenção local com vista à redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências;*
- *Desenvolver, consolidar e participar na gestão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de acordo com as orientações definidas;*
- *Afetar, de acordo com as orientações definidas pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., recursos financeiros às instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde integrados ou financiados pelo Serviço Nacional de Saúde e a entidades de natureza privada com ou sem fins lucrativos, que prestem cuidados de saúde ou atuem no âmbito dos CAD e Cuidados Continuados Integrados*

¹¹ Cf. Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro, que aprova a orgânica das ARS,I.P.

- *Negociar, celebrar e acompanhar, de acordo com as orientações definidas a nível nacional, os contratos, protocolos e convenções de âmbito regional, bem como efetuar a respetiva avaliação e revisão, no âmbito da prestação de cuidados de saúde bem como no âmbito dos CAD e Cuidados Continuados Integrados;*
- *Orientar, prestar apoio técnico e avaliar o desempenho das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, de acordo com as políticas definidas e com as orientações e normativos emitidos pelos serviços e organismos centrais competentes nos diversos domínios de intervenção;*
- *Assegurar a adequada articulação entre os serviços prestadores de cuidados de saúde de modo a garantir o cumprimento da rede de referênciação;*
- *Afetar recursos financeiros, mediante a celebração, acompanhamento e revisão de contratos no âmbito dos cuidados continuados integrados;*
- *Licenciar as unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde e as unidades da área das dependências e comportamentos aditivos do sector social e privado.*

Da extinção do IDT,I.P. resultou, ainda, a integração das Unidades de Intervenção Local nas ARS,I.P. e a criação de uma Equipa Multidisciplinar, para a área de Coordenação Regional, para a Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

Posteriormente, e através da publicação de portarias específicas¹², foram alterados os Estatutos de cada ARS,I.P., tendo em vista acomodar os modelos das Unidades Funcionais que asseguram as suas novas atribuições em matéria de intervenção nos CAD.

Neste sentido, foi criada em cada ARS,I.P. a Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD), com as seguintes atribuições:

- *Assegurar a execução dos programas de intervenção local com vista à redução do consumo de substâncias psicoativas, à prevenção dos comportamentos aditivos e à diminuição das dependências;*
- *Colaborar, ao nível da sua área de intervenção geográfica, na definição da estratégia nacional e das políticas com vista à redução do consumo de substâncias psicoativas, à prevenção dos comportamentos aditivos e à diminuição das dependências e na sua avaliação;*

¹² Cf. Portarias n.º 210/2013, n.º 211/2013, n.º 212/2013, n.º 213/2013 e n.º 214/2013, de 27 de junho, que alteram e aditam os estatutos das ARS,I.P. do Alentejo, de Lisboa e Vale do Tejo, do Algarve, do Norte e do Centro, respetivamente.

- *Planear, coordenar, executar e promover, ao nível da sua área de intervenção geográfica, a avaliação dos programas de prevenção, de tratamento, de redução de riscos, de minimização de danos e de reinserção social;*
- *Prestar apoio técnico à execução dos programas e projetos de intervenção local;*
- *Assegurar a implementação de procedimentos e meios de recolha de dados, proceder à sua consolidação e enviar ao Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, abreviadamente designado por SICAD, os dados e informações necessárias para prossecução das suas atribuições, e desenvolver estudos sobre as intervenções realizadas na região e elaborar os relatórios de atividades;*
- *Emitir pareceres sobre propostas de implementação de projetos regionais apresentados por entidades públicas ou privadas que se candidatem a apoios no âmbito da sua área de intervenção;*
- *Promover a realização de diagnósticos das necessidades de intervenção de âmbito regional e local, definir as prioridades e o tipo de intervenção a efetuar e os recursos a afetar, nomeadamente a projetos e programas cofinanciados, contribuindo para um planeamento nacional sustentado;*
- *Avaliar e supervisionar o funcionamento das unidades de intervenção local, prestadoras de cuidados de saúde nesta área, assegurar o planeamento e gestão dos recursos necessários à respetiva atividade e propor a criação de novas unidades ou o seu encerramento;*
- *Planear a articulação interinstitucional e incentivar a participação das instituições da comunidade, públicas ou privadas, no desenvolvimento de ações de prevenção, de tratamento, de redução de riscos e minimização de danos e de reinserção social, no âmbito dos programas nacionais promovidos pelo SICAD;*
- *Promover, desenvolver e aplicar metodologias de avaliação das diversas ações desenvolvidas ou apoiadas, atualizar diagnósticos, elaborar relatórios e analisar as respetivas conclusões;*
- *Colaborar com o SICAD na definição dos requisitos para licenciamento de unidades de prestação de cuidados, nos sectores social e privado e monitorizar o seu cumprimento;*
- *Assegurar, ao nível da região, a articulação com o SICAD para o desenvolvimento de programas e projetos;*
- *Proceder, no âmbito de intervenção regional, à difusão das normas e orientações técnicas e de outros instrumentos de apoio técnico à atividade dos estabelecimentos de saúde, apoiar a sua implementação e monitorizar a sua execução.*

I.B.3.**PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL**

O Despacho n.º 404/2012, de 13 de janeiro, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, aprovou os programas de saúde prioritários a desenvolver pela Direção-Geral da Saúde (DGS), entre os quais se inclui o Programa Nacional para a Saúde Mental, e cujo instrumento orientador fundamental se corporiza no Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de março.

Assim, determina o Despacho n.º 006/2012, de 12 de janeiro, do Diretor-Geral da Saúde, que compete à Direção do Programa Nacional para a Saúde Mental¹³, nomeadamente:

- *Dinamizar a implementação de programas de promoção do bem-estar e da saúde mental da população e da prevenção, tratamento e reabilitação das doenças mentais;*
- *Promover a articulação dos cuidados especializados de saúde mental com os cuidados de saúde primários assim como com outros sectores considerados relevantes para a implementação do Plano Nacional da Saúde Mental;*
- *Implementar a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, em articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, de que é parte integrante;*
- *Promover a participação dos utentes e dos cuidadores na reabilitação e integração social das pessoas que sofrem de problemas mentais graves;*
- *Articular com SICAD, em particular nas áreas em que há confluência de interesses estratégicos ou operacionais, ao nível dos determinantes ou das suas consequências, da saúde mental e do abuso de substâncias, em cooperação com as ARS,I.P.*

¹³ Disponível em <http://www.dgs.pt/?f=3&id=22514>.

I.B.4.**PROGRAMA NACIONAL PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO**

Tal como o Programa Nacional para a Saúde Mental, também o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT) foi considerado um programa de saúde prioritário a desenvolver pela DGS¹⁴ que, integrando-se no PNS 2012 - 2016, tem como finalidade *aumentar a expectativa de vida saudável da população portuguesa, através da redução das doenças e da mortalidade prematura associadas ao consumo e à exposição ao fumo de tabaco*.

Desta forma, o Despacho do Diretor-Geral da Saúde n.º 002/2012, de 12 de janeiro¹⁵, para além de prever outras competências, determina que compete à direção do PNPCT:

- *Cooperar com o SICAD, bem como com entidades ou organismos de outros Ministérios, designadamente com o Ministério da Educação e com a Secretaria de Estado da Juventude e Desporto, ou da Sociedade Civil, em particular nas áreas em que exista confluência de interesses, estratégicos ou operacionais, ao nível da prevenção e controlo do uso ou abuso de substâncias, ou dos seus determinantes.*

O PNPCT 2012-2016, no eixo estratégico “*Promover e apoiar a cessação tabágica*”, prevê, entre outras, as seguintes estratégias de intervenção¹⁶:

- *Promover formas de articulação com as ARS, I.P., no sentido da definição rede de referência no âmbito do apoio à cessação tabágica;*
- *Promover e apoiar a organização de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica a nível dos ACES e serviços hospitalares, em função da rede de referência estabelecida.*

No âmbito da operacionalização deste Programa prevê-se a criação de uma rede nacional de coordenação e implementação que integrará as cinco ARS, I.P., sendo também aberta à participação das Regiões Autónomas.

Para além da direção nacional, é proposto “*...que exista, a nível regional, uma equipa técnica constituída por elementos dos Departamentos de Planeamento e Contratualização e de Saúde Pública, bem como outros profissionais de saúde com conhecimento e/ou experiência em prevenção do tabagismo e consulta de apoio*”.

¹⁴ Cf. Despacho n.º 404/2012, de 13 de janeiro, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, que determina quais os programas de saúde prioritários a desenvolver pela DGS.

¹⁵ Disponível em <http://www.dgs.pt/?f=3&id=22514>.

¹⁶ Nunes (2013), p.35.

intensivo à cessação tabágica. A nível local deverão ser envolvidos todos os ACES, designadamente os Conselhos Clínicos, e respetivas unidades funcionais. As Unidades de Saúde Pública deverão apoiar a implementação do Programa, em especial através dos respetivos Observatórios Locais de Saúde.”¹⁷

¹⁷ Idem, p.56.

II. METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a conceção da Rede de Referênciação / Articulação no âmbito dos CAD, teve em consideração não só os princípios básicos que orientam a constituição destes dispositivos, como também três outros fatores:

- As alterações promovidas pela extinção por fusão do IDT,I.P., e a assunção das suas atribuições ao nível da intervenção local pelas ARS,I.P.;
- A aprovação e entrada em vigor em Maio de 2011 de uma Rede de Referênciação / Articulação para os Problemas Ligados ao Álcool, elaborada sob a orientação do IDT,I.P., e contando já com a colaboração das ARS,I.P.;
- O alargamento da definição do objeto da intervenção, de acordo com a evidência científica, o qual agora deverá incidir sobre todos os CAD, entendidos enquanto problema de saúde e englobando como tal todas as condutas que envolvam os problemas ligados ao uso de substâncias psicoativas ou outros comportamentos aditivos, independentemente da sua natureza ou estatuto legal.

Integrando estes elementos orientadores, o desenho e implementação desta Rede foca-se no cidadão e nas suas reais necessidades, articulando-as segundo critérios lógicos e de racionalidade, que mobilizem seletivamente estruturas com a diferenciação e os meios técnicos e humanos adequados à concretização de intervenções que efetivamente respondam aos seus problemas de saúde, em termos de especificidade e complexidade e grau de gravidade.

Neste âmbito, a construção e organização desta Rede procurou atender:

- Às reais necessidades da população;
- Às áreas geográficas de atuação;
- À identificação da capacidade instalada, através de uma análise descritiva da situação atual, por região;
- À necessidade de adaptação às especificidades e condicionalismos loco-regionais;
- Ao envolvimento dos diversos organismos na prestação de cuidados, de acordo com as respetivas atribuições/competências, escalonados por níveis de intervenção.

Foi da integração destes princípios que resultou o estabelecimento dos procedimentos metodológicos que, na articulação das suas diferentes fases e estruturas, permitirá criar uma Rede de Referência / Articulação.

Concretizando a metodologia atrás referida, o SICAD coordenou um processo de trabalho interinstitucional e participado, que incluiu os contributos dos diferentes intervenientes na Rede, sendo que os interlocutores fundamentais para a organização desta Rede foram:

- As ARS, I.P., com o especial envolvimento das Equipas de Coordenação Regional para a Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências;
- A Direção do Programa Nacional para a Saúde Mental;
- A Direção do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo;

Realça-se que esta Rede procura ainda contemplar outros níveis de articulação, nomeadamente ao nível da Justiça - Tribunais, Direção-Geral da Reinserção e dos Serviços Prisionais; ao nível das Forças Policiais e ainda da Segurança Social – Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS, I.P.) e Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco, da Educação, do Trabalho e da comunidade em geral, entre outros.

III. DESCRIÇÃO DA REDE

Ao nível dos cuidados de saúde hospitalares, entende-se que as redes de referênciação são “*sistemas através dos quais se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições que prestam cuidados de saúde, de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde, sustentado num sistema integrado de informação interinstitucional*”.¹⁸

Neste contexto, uma rede de referênciação pode traduzir-se como um conjunto de intervenções especializadas que deve fomentar a:

- *Articulação em rede, variável em função das características dos recursos disponíveis, das determinantes e condicionantes locais, regionais e nacionais e do tipo de especificidade em questão;*
- *Exploração de complementaridades de modo a aproveitar sinergias. Concentrar experiências permitindo o desenvolvimento do conhecimento e a especialização dos técnicos com a consequente melhoria da qualidade dos cuidados;*
- *Otimização de recursos permitindo a maximização da sua rentabilidade.*¹⁹

Pretende-se assim que a Rede de Referênciação / Articulação no âmbito dos CAD se constitua “*como um pilar na melhoria da qualidade e da eficiência das respostas aos cidadãos com problemas relacionados com CAD*”, sendo que “*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, enquadram-se neste objetivo, cujo maior enfoque da ação se situa ao nível dos parceiros públicos.*”²⁰

¹⁸ Cf. *Redes de Referênciação da Saúde*, disponíveis em <http://www.acss.min-saude.pt/%C3%81reaseUnidades/InvestimentosInstalEquipamentos/Destaques/PlaneamentodeCuidados/RedesdeReferencia%C3%A7%C3%A3o/tabid/304/language/pt-PT/Default.aspx>.

¹⁹ Idem.

²⁰ SICAD (2013), p.40.

III.A.

PRINCÍPIOS

A presente Rede de Referência / Articulação tem por base os seguintes princípios:

- **Centralidade no cidadão**

A intervenção em CAD deve assumir a centralidade no cidadão, abordando-o como um todo indissociável, independentemente dos serviços que frequenta, e deve ter em linha de conta os seus recursos pessoais, as suas necessidades objetivas e subjetivas, assim como os recursos familiares e sociais, sobre os quais a intervenção vai incidir.

Por outro lado, esta centralidade no cidadão pressupõe uma atitude ativa e uma corresponsabilidade na definição do seu projeto de vida, tanto em termos de direitos como de deveres de cidadania. Neste âmbito, os serviços devem constituir-se enquanto gestores do capital de saúde do cidadão, sendo deste último a decisão de a eles recorrer. Esta perspetiva não obsta a existência de uma atitude proactiva na intervenção, principalmente em situações de maior risco, quer para o cidadão e para a família, quer para a comunidade.

- **Acessibilidade**

É fundamental que exista a capacidade de proporcionar a todos os indivíduos uma igual oportunidade de acesso e utilização dos serviços e da prestação de cuidados, de uma forma direta, imediata, contínua, permanente e o mais autónoma possível.

- **Gravidade / Severidade dos consumos e dos comportamentos**

Os CAD podem apresentar-se de formas muito heterogéneas e manifestarem-se por uma significativa complexidade na natureza e gravidade dos problemas (saúde, familiares, sociais e legais) com eles relacionados. É então essencial que os CAD sejam avaliados pelos seus graus de severidade e não de forma polarizada.

- **Territorialidade**

Para a prossecução dos objetivos de uma rede de prestação de cuidados de saúde, numa lógica de otimização das sinergias territoriais, torna-se indispensável a adequação das intervenções de proximidade, a convergência de serviços, respostas e de dispositivos, bem como a definição do papel de cada intervenor num território partilhado por todos.

- **Diferenciação funcional**

É preponderante que os diversos parceiros / interventores traduzam uma complementaridade de nível técnico, assente no pressuposto que cada uma das entidades terá um papel único e indispensável na construção e implementação da resposta às problemáticas identificadas.

As linhas de atuação dever-se-ão centrar na operacionalização da transversalidade, potenciando a trans-setorialidade tanto institucional como a nível local e regional, por forma a aumentar a fluidez de respostas adequadas.

- **Recursos disponíveis**

A intervenção em rede traduz-se na ativação e construção de parcerias para a intervenção, ou seja, ações conjuntas definidas e operacionalizadas por vários atores (individuais ou coletivos) que têm um objetivo comum e que para a sua concretização partilham e disponibilizam vários recursos (conhecimento, oportunidades, logísticos, financeiros, humanos, etc.).

É basilar incluir e diversificar parceiros no processo de desenvolvimento de uma Rede para assim, aproveitar e otimizar os recursos existentes, bem como fortalecer e melhorar a prestação de cuidados.

III.B.**OBJETIVOS**

A conceptualização de uma Rede de Referenciação / Articulação no âmbito dos CAD reflete-se nos objetivos para ela propostos, alargando 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 fenómenos.

Desta forma, e enquanto objetivos, a presente Rede de Referenciação / Articulação procura:

- Definir, numa lógica de proximidade dos cuidados de saúde e de acessibilidade dos cidadãos aos mesmos, uma arquitetura dinâmica de respostas, que permita garantir a qualidade na prestação de cuidados de saúde, no âmbito dos consumos aditivos e nas dependências;
- Estruturar, por níveis diferenciados de intervenção, a articulação entre os Cuidados de Saúde Primários, as Equipas Técnicas Especializadas na intervenção em CAD, os Serviços Locais de Saúde Mental (de Adultos e da Infância e Adolescência), 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) [predominantemente ao nível do Tratamento em Comunidade Terapêutica (CT) e no domínio da Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD)] e Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT), entre outros;
- Garantir a interação / articulação entre os serviços que atendem cidadãos com comportamentos aditivos e dependências, desde a deteção precoce até à abordagem mais diferenciada. Esta articulação deverá ser sustentada por um sistema integrado de informação interinstitucional.

III.C.

NÍVEIS DE INTERVENÇÃO NA PROBLEMÁTICA DOS CAD

A magnitude dos problemas ligados aos CAD, na sua definição, mais abrangente, baseada na evidência científica, representa um problema de saúde pública, em todo o mundo. Sendo comumente identificável, pelas consequências relacionados com os consumos de substâncias ilícitas, a realidade demonstra que esta é somente uma parte do problema, aos nos confrontarmos com as repercussões dos consumos de álcool. Se a estas associarmos o manancial das consequências sócio-sanitárias de um conjunto de condutas emergentes, que na sua origem remetem ao mesmo substrato neurobiológico que as dependências “clássicas”, e em que estão ausentes as substâncias, o panorama relacionado aos CAD ganha a sua verdadeira expressão.

Os CAD são fenómenos que podem surgir em qualquer fase do ciclo de vida de um indivíduo, tendencialmente de evolução crónica, sujeitos a períodos de recaídas e de remissão associando-se, muito frequentemente, a outras patologias físicas e/ou psíquicas e a riscos e danos variados.

Assim, se compreende a importância crucial da promoção da acessibilidade destes cidadãos a serviços diferenciados/especializados, onde possam obter respostas adequadas ao nível de gravidade dos seus problemas.

CLASSIFICAÇÃO DE CONSUMOS	
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.
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.
CONSUMO NOCIVO	Corresponde a um padrão de consumo que causa danos quer na saúde física quer na saúde 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	<p>Corresponde a um padrão de consumo constituído por um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais que podem desenvolver-se após o uso repetido da substância. Inclui um desejo intenso do consumo, descontrolo sobre o seu uso, continuação dos consumos independentemente das consequências, uma alta prioridade dada aos consumos em detrimento de outras atividades e obrigações, aumento da tolerância e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado.</p> <p>No âmbito da dependência alcoólica, ressaltam-se 3 níveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ligeira – sem sinais físicos de privação; • Moderada – com privação física; • Grave – história de <i>delirium tremens</i> / 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 um 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 II. Classificação dos consumos

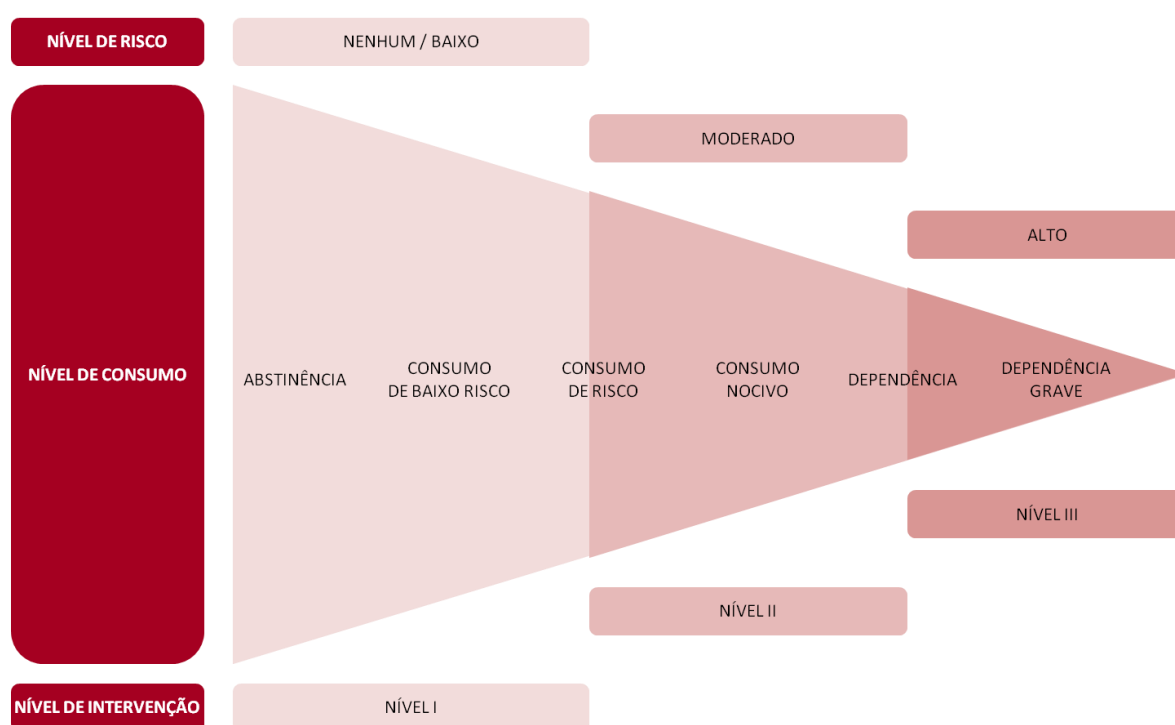
A apresentação destas problemáticas pode manifestar-se por sinais de alarme diversos, desde alterações do comportamento e patologias somáticas, passando por situações em que já podem ser evidentes padrões disfuncionais de consumo (consumo baixo risco e de risco) – **Nível I**.

De gravidade acrescida, são as situações em que se tornam evidentes as consequências nocivas diretamente relacionadas com o padrão de consumo existente: consumo nocivo, policonsumo ou mesmo a dependência, ainda de expressão atenuada. Associados a estes padrões de consumo, surgem frequentemente comportamentos de risco em diversas esferas do funcionamento individual (saúde, sexualidade, social, familiar), bem como patologias diversas associadas a esse padrão disfuncional (comorbilidades) – **Nível II**.

Num *continuum*, a evolução desfavorável, a partir deste nível de gravidade, quando ocorre determina um agravamento do nível da patologia aditiva subjacente, bem como das suas consequências. A dependência

assume características graves, a incursão por outros consumos recrudesce, decorrendo assim um aumento de probabilidade do surgimento/ agravamento de comorbilidades (psicopatologia grave) – **Nível III**.

Conceptualizando uma intervenção neste contexto, decorre da sua expressão a necessidade de uma intervenção integrada, de acordo com a avaliação do risco da situação em que a pessoa se encontra, bem como a articulação fluída de respostas, garantida por profissionais comprometidos com a melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e dos cuidados prestados, que permita acompanhar as manifestações evolutivas desta patologia.



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

Figura III. Relação de níveis de consumo, risco e intervenção no âmbito dos CAD

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

Esta Rede de Referênciação / Articulação foi assim estruturada em três níveis de intervenção:

	PROBLEMAS	INTERVENÇÃO	CUIDADOS DE SAÚDE
NÍVEL I	Sinais de alarme Perturbações de comportamento Consumo de baixo risco Consumo de risco Doenças crónicas diversas	Prevenção seletiva e indicada Deteção precoce Intervenção precoce Intervenção breve Programas de intervenção comunitária	Cuidados de Saúde Primários: • Unidades Funcionais Cuidados de Saúde Especializados: • Centros de Respostas Integradas - Equipa Técnica Especializada nos CAD (Prevenção)
NÍVEL II	Consumo nocivo Dependência Policonsumo Comportamentos de risco Comorbilidade	Prevenção indicada Intervenção breve Programas de intervenção comunitária Tratamento integrado Redução de Riscos e Minimização de Danos Reinserção	Cuidados de Saúde Especializados: • Centros de Respostas Integradas - Equipas Técnicas Especializadas nos CAD • Unidades de Alcoologia • Comunidades Terapêuticas • Áreas de Dia / Centros de Dia • Equipas / Unidades de Saúde Mental Comunitária • Equipas de Apoio Intensivo à Cessação Tabágica
NÍVEL III	Dependência grave Policonsumo Comorbilidade física Psicopatologia grave	Tratamento integrado Programa STOP Desintoxicação / Desabitação Internamento por patologia psiquiátrica Programas de tratamento com opióides Redução de Riscos e Minimização de Danos Reinserção	Cuidados de Saúde Especializados: • Centros de Respostas Integradas - Equipas Técnicas Especializadas nos CAD • Unidades de Alcoologia • Comunidades Terapêuticas • Unidades de Desabitação Cuidados de Saúde Hospitalares: • Serviços Locais de Saúde Mental • Serviços de Especialidades Médico-Cirúrgicas

Figura IV. Algoritmo da Rede

III.C.1.**NÍVEL I**

No Nível de Intervenção I, e sendo o acesso preferencial, mas não exclusivo, à Rede de Referência / Articulação, estão envolvidos os **Cuidados de Saúde Primários (CSP)** – principalmente através das Consultas de Saúde Familiar e das Consultas de Resposta aos CAD.

Os CSP são o pilar de um sistema de saúde, dada a dimensão de problemas de saúde que abrangem e a diversidade de intervenções que asseguram, tanto mais que se caracterizam principalmente 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 ativa participação dos cidadãos, das famílias e da comunidade, quer no seu processo de saúde quer na dos outros.

No âmbito da prestação de CSP, salienta-se a estrutura dos **Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES)**, que incluem, além das **Unidades de Saúde Familiar (USF)**, uma série de outras unidades funcionais: **Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)**, **Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC)**, **Unidades de Saúde Pública (USP)**, e **Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)**.²¹

Concomitantemente, e embora delimitadas a alguns municípios e distritos, existem as **Unidades Locais de Saúde (ULS)** que se concretizam numa diferente forma de articulação entre os CSP, os cuidados hospitalares e os cuidados continuados, integrando numa mesma entidade centros de saúde e hospitais, mas que também convergem nos mesmos princípios dos ACES de prestação de cuidados de saúde eficientes e acessíveis aos cidadãos.

A evidência sugere que os profissionais dos CSP têm maior oportunidade de identificar e intervir precocemente nos sinais de alarme relativos aos CAD, nos consumos de risco e nas perturbações de comportamento. A identificação destes doentes, e subsequente aplicação de programas de intervenção

²¹ Cf. Decreto – Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, republicado pelo Decreto – Lei n.º 253/2012, de 27 de novembro, que cria os ACES e estabelece o seu regime de organização e funcionamento.

breve, pode acontecer 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*), já preconizada na Rede de Referência/Articulação para os Problemas Ligados ao Álcool²², deverá ser potenciada no sentido de se desenvolverem práticas no sistema de saúde (utilização de técnicas, competências e instrumentos), que têm como objetivo identificar problemas com o uso de diferentes substâncias psicoativas.

Neste enquadramento, os profissionais dos CSP, estão habilitados a:

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

É consensual que a utilização de instrumentos, que detetam o consumo de substâncias psicoativas e que permitem a avaliação do risco envolvido no consumo destas, designadamente o ASSIST e o AUDIT, no âmbito dos CSP bem como noutros Serviços na comunidade, nomeadamente Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência é um meio efetivo para informar os utentes sobre as consequências do consumo de risco e nocivo e a necessidade de mudança nos seus padrões de consumo de substâncias.

O Médico de Família, enquanto elemento de referência 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 mais vulneráveis (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, atenção particular deve ser prestada às eventuais consequências sobre os filhos, no seu desenvolvimento. Ainda na sua esfera de atuação, competirá ao Médico de Família avaliar outros problemas de saúde relacionados com os CAD.

²² IDT, I.P. (2011).

Também no âmbito dos CSP, em alguns ACES 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.

Refira-se ainda, que a este Nível é importante também realçar a atuação das **Unidades de Intervenção Local (UIL)**²³, designadamente os **Centros de Respostas Integradas (CRI)** enquanto estruturas locais, territorialmente definidos e dispendo de **Equipas Técnicas Especializadas em CAD** que incluem as Equipas de Prevenção, 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 se justifique, estas Equipas também intervêm no Nível I, nomeadamente no âmbito da Prevenção Seletiva e Indicada e de Projetos de Intervenção Comunitária, bem como no âmbito de consultas de Cessação Tabágica.

Neste Nível I, são as **Equipas de Prevenção** que desenvolvem as intervenções de prevenção seletiva e 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 (por exemplo, grupo de filhos de dependentes);
- Indivíduos sinalizados com comportamentos de risco para o desenvolvimento de CAD, que exibem sinais de uso de substâncias ou que apresentam outros comportamentos problemáticos (acidentes rodoviários, práticas sexuais de risco, fraco desempenho escolar, etc.).

De referir ainda as **Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT)**²⁴, enquanto entidades de intervenção local, referenciadoras de indivíduos em contraordenação pelo consumo, aquisição e detenção para consumo próprio de substâncias psicotrópicas ilícitas e estupefacientes, conduzidos pelas Forças de Segurança, aos quais foi identificada a necessidade de proteção da saúde e social no âmbito dos CAD.

²³ Cf. Artigos 1º e 9º da Portaria n.º 648/2007, de 30 de maio, alterada pela Portaria n.º 925/2010, de 30 de setembro, e Despacho Normativo n.º 51/2008, de 1 de outubro, que regulam as unidades de intervenção local, enquanto estruturas públicas. Ressalva-se que as referidas Portarias foram entretanto revogadas pela Portaria n.º 154/2012, de 22 de maio, que regula a estrutura do SICAD, tendo sido previstas, nas orgânicas das ARS, I.P., normas transitórias que integram as unidades de intervenção local (ao abrigo do Decreto – Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro, que determina a orgânica das ARS, I.P.).

²⁴ Cf. Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro, que define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica, alterada pelo Decreto-Lei n.º 114/2011, de 30 de novembro, que procede à transferência das competências dos governos civis.

As CDT são constituídas por 3 membros com formação na área da saúde, do direito, da psicologia, do serviço social ou entre outras áreas com experiência ou formação no domínio dos CAD, e apoiadas por uma equipa técnica multidisciplinar.

III.C.2.**NÍVEL II**

Neste Nível de Intervenção II estão envolvidos os **Cuidados de Saúde Especializados**, designadamente os **CRI** através das **Equipas Técnicas Especializadas na intervenção em CAD**, as **Unidades de Alcoologia (UA)**, as **Comunidades Terapêuticas (CT) públicas** e as **Áreas de Dia / Centro de Dia (CD)**, mas também as **Equipas / Unidades de Saúde Mental**, integradas nos **Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM)** e 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, nomeadamente serviços de urgência hospitalar ou ligados à saúde mental e outros, pelos serviços das estruturas não-governamentais com intervenção na área dos CAD, designadamente IPSS, ONG e entidades privadas (Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho / Saúde Ocupacional, Estruturas de RRMD, UD, CT e CD convencionados, e outras), e pelas CDT, Tribunais, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), Centros Distritais do ISS,I.P., Polícia de Segurança Pública, Guarda Nacional Republicana, Estabelecimentos Prisionais, entre outros.

Nos **CRI**, 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 e da família ou envolventes e o seu prognóstico.²⁵

Neste processo de tratamento integrado, e 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 em CAD e de eventuais doenças orgânica e / ou psiquiátrica, e de necessidades de cuidados específicos saúde;
- Identificação precoce e a prevenção da infeção VIH/Sida, consubstanciada através do **Programa ADR** – Aconselhamento, Diagnóstico e Referenciação;

²⁵ Patrício (2002), p. 121-122.

- Rastreio de Hepatites, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Tuberculose e a outras patologias;
- Identificação do Diagnóstico Social;
- Definição de um plano personalizado de tratamento.

O referido Modelo de Tratamento é desenvolvido pelas **Equipas de Tratamento dos CRI**, preferencialmente 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 com opióides;
- Consultas destinadas a públicos-alvo específicos, nomeadamente crianças e jovens, grávidas e doentes com patologia mental concomitante, famílias – incluindo filhos de pessoas dependentes;
- Consultas materno – infantil;
- Consultas de enfermagem;
- Consultas de fisioterapia;
- Consultas de nutricionismo;
- 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, como por exemplo os Centros Distritais do ISS,I.P. e/ou CPCJ, caso exista uma situação de risco ou perigo. A deteção precoce de situações de risco facilita a intervenção adequada, por parte das equipas multidisciplinares, tanto mais que, muitas vezes, 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.

A estas equipas compete, essencialmente, tendo por base o Modelo de Intervenção em Reinserção²⁶, a elaboração do diagnóstico social, a definição e negociação do Plano Individual de Inserção, bem como o seu acompanhamento sistemático e a sua avaliação. É também da responsabilidade destas equipas a articulação intra e interinstitucional e a mediação social, assim como a promoção e desenvolvimento de competências pessoais, familiares e sociais.

Também estando integradas nos CRI e concorrendo para a prossecução dos objetivos do tratamento integrado, importa referir a intervenção, fundamentalmente no Nível II, das **Equipas de Redução de Riscos e Minimização de Danos** que 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 sócio 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 RRMD²⁷, que visam abranger um maior número de consumidores, diminuindo os riscos e danos relacionados com o consumo e promovendo uma política de saúde pública, são:

- Gabinetes de Apoio a Toxicodependentes sem enquadramento sócio familiar;
- Centros de Acolhimento;
- Centros de Abrigo;
- Pontos de Contato e de Informação;
- Espaços móveis de prevenção de doenças infecciosas;
- Programas de substituição em baixo limiar de exigência;
- Programas de troca de seringas;

²⁶ IDT, I.P. (2009b).

²⁷ Cf. Decreto – Lei n.º 183/2001, de 21 de junho, que aprova o regime geral das políticas de prevenção e redução de riscos e minimização de danos.

- 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 referência / encaminhamento por parte de todos os serviços interventores da presente Rede de Referência / Articulação, sem prejuízo da existência de condições específicas de acesso e de adequabilidade da resposta às necessidades da pessoa²⁸.

Para a prossecução das suas atribuições e competências, as Equipas Técnicas Especializadas em CAD nos CRI 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 as **Áreas de Dia / Centros de Dia** (AD-CD) as estruturas preferenciais de resposta e de continuidade do tratamento. As Áreas de Dia/Centro de Dia são estruturas de apoio, ao tratamento e à reinserção, com enfoque psicoterapêutico e socio terapêutico, 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 e com uma função muito específica no processo terapêutico dos utentes com CAD, nomeadamente as UA e as CT. Os utentes são referenciados a estas Equipas pelos CSP, pelas Equipas Técnicas Especializadas em CAD e pelas Equipas / Unidades de Saúde Mental Comunitárias, 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 abordagem dos problemas ligados ao álcool, as **Unidades de Alcoologia** (UA), enquanto UIL 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 referência de situações de consumos nocivos, de dependência alcoólica moderada e de policonsumos poderá ainda ser realizada para os Centros de Respostas Integradas (CRI) - Equipas de Tratamento. Os utentes com critérios de gravidade clínica e/ou de comorbilidades deverão ser referenciados para os

²⁸ IDT, I.P. (2009a).

Cuidados de Saúde Hospitalares (Serviços de Urgência ou Serviços de Especialidades Médico-Cirúrgicas ou Serviços Locais de Saúde Mental, respetivamente).

Dotadas de equipas multidisciplinares (médicos de medicina geral e familiar e psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, técnicos de serviço social e terapeutas ocupacionais) 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.

Ainda no âmbito das UA é desenvolvido o **Programa STOP – Responsabilidade e Segurança**, que consiste numa intervenção, estruturada, diferenciada e de Nível III, com referência preferencial para as Unidades de Alcoologia, dirigida a indivíduos indiciados ou condenados por prática de condução de veículo com taxa de alcoolemia igual ou superior a 1.2g/l, podendo ser aplicado nas situações em que o tribunal considere que a pena de multa não satisfaz de forma adequada e suficiente as finalidades da sanção penal.

As UA configuram-se ainda como estruturas de apoio e de formação aos serviços do Nível I (CSP) e Nível II (CRI).

Nas **Comunidades Terapêuticas** (CT), enquanto UIL²⁹, 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, e que apresentem algumas das seguintes características:

- Casos com um elevado grau de desestruturação psicológica, familiar e/ou social, que tenham necessidade de um afastamento temporal do meio em que estava inserido;
- Fracasso dos múltiplos tratamentos realizados em ambulatório;
- Motivação para a mudança do estilo de vida;
- Situação judicial problemática (cumprimento alternativo de pena judicial).

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 e pediátrico, bem como psiquiátrico.

²⁹ Idem.

De referir que, a decisão para o internamento nas CT é das Equipas Técnicas Especializadas 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.

É ainda de salvaguardar que, embora indiretamente e enquanto importantes parceiros, também integram a Rede de Referência / 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 Desabilitação e as CT, e os Centros de Consulta e os CD, enquanto unidades de ambulatório.³⁰

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 anteriores seguidas de forte síndrome de abstinência e de recaída devem ter acesso prioritário às **Equipas 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 tumor 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 Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo e com o “Programa-tipo de atuação em Cessação Tabágica”, da DGS³¹, o apoio aos utentes fumadores, para que cessem de fumar, deve assentar numa abordagem motivacional, em função de dois tipos de intervenção: a intervenção breve e a intervenção de apoio intensivo.

³⁰ Cf. Decreto – Lei n.º 13/93, de 15 de janeiro e Decreto – Lei n.º 16/99, de 25 de janeiro, que regulam o licenciamento, o funcionamento e a fiscalização do exercício da atividade das unidades privadas que atuam na área do tratamento ou da recuperação de toxicodependentes.

³¹ Circular normativa n.º 26/DGS/DSPPS, de 28/12/2007, Programa-tipo de cessação tabágica, DGS, disponível <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009774.pdf>.

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, 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 nos ACES e em alguns hospitais do SNS, 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 eficiência 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, num dado território, para a **Equipa / Unidade de Saúde Mental Comunitária**.³²

A estas Equipas / Unidades de Saúde Mental Comunitária compete também o desenvolvimento de programas integrados para doentes mentais graves, programas de articulação com os CSP no âmbito a perturbações mentais comuns; programas de apoio a doentes idosos e programas de prevenção nas áreas da depressão e suicídio.

De referir que estas Equipas / Unidades são multidisciplinares, tendo uma forte participação de enfermeiros e outros técnicos não médicos, e enquanto SLSM, funcionam de uma forma integrada e em estreita articulação com os CSP e demais serviços de saúde com vista à prestação de cuidados e promoção da saúde mental.

³² Cf. Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de março, que aprova o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, e Decreto-Lei n.º 35/1999, de 5 de fevereiro, que regula a organização e funcionamento dos serviços de saúde mental, na versão republicada pelo Decreto-Lei n.º 304/2009, de 22 de outubro.

III.C.3.**NÍVEL III**

O Nível III exige a intervenção quer dos **CRI**, quer de outras Unidades especializadas, designadamente as **Unidades de Desabilitação** (UD), as **UA** e as **CT**. Face à elevada frequência de comorbilidades psíquica e física, neste nível pode ser necessária a intervenção dos **Serviços Locais de Saúde Mental** (SLSM), bem como os **Serviços de Especialidades Médico-cirúrgicas Hospitalares**.

Numa ótica de integração e continuidade de cuidados, as unidades envolvidas neste nível promovem um conjunto de intervenções diferenciadas.

Para as **Unidades de Desabilitação** (UD), que também são UIL³³, são referenciados os utentes das unidades dos três níveis de intervenção. Estas unidades são estruturas orientadas para internamentos programados de curta duração, enquanto etapa do projecto terapêutico e sempre que não sejam possível 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 heroína de rua, ou de outros consumos de opióides, e da abstinência não complicada de álcool, de benzodiazepinas e de outras substâncias;
- 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;
- Tratamento de comorbilidade psiquiátrica e médica ligeira.

Habitualmente, os internamentos têm a duração de 7 a 10 dias e podem ir até 20 dias em situações de comorbilidade. A todos os utentes é definido o seu projeto à saída, nomeadamente: indução de antagonista de opiáceos (naltrexona); indução de terapêutica aversiva para o álcool (dissulfiram); início/ reajuste de terapêutica psicofarmacológica ambulatório; manutenção e promoção da adesão às terapêuticas anti – retroviral e antibacilar; (re) admissão nas UIL e reinserção sócio – familiar 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.

³³ Idem.

No âmbito dos **Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM)**, e ao nível dos cuidados de saúde hospitalares, compete aos **Departamentos / Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental**³⁴, 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. Ressalva-se ainda que, ao nível da Infância e Adolescência, os Departamentos / Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental, ou em certos casos os Departamentos / Serviços de Pediatria, integram **Serviços / Unidades Funcionais / Consultas de Psiquiatria da Infância e da Adolescência**.³⁵

De uma maneira geral, as equipas técnicas destes serviços trabalham multidisciplinarmente, sendo constituídas por psiquiatras, pedopsiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros profissionais não médicos.

Estes serviços, que operam fundamentalmente no nível III, devem ainda 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 no caso da gravidez, de doenças infecciosas, 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.

De notar que, estes serviços que prestam cuidados de saúde hospitalares, seguem a respetiva Rede de Referência Hospitalar.

³⁴ Cf. Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de março, que aprova o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, e Decreto-Lei n.º 35/1999, de 5 de fevereiro, que regula a organização e funcionamento dos serviços de saúde mental, na versão republicada pelo Decreto-Lei n.º 304/2009, de 22 de outubro.

³⁵ CNSM & ACSS (2011).

III.D.

FLUXOGRAMA – DESENHO DA REDE E CIRCUITO DO UTENTE

Face ao anteriormente exposto, é oportuno sintetizar o desenho da rede e circuito do utente, ilustrando por níveis de intervenção os principais interventores da presente Rede, assim como de eventuais estruturas referenciadoras. Neste sentido, apresenta-se de seguida o fluxograma global Rede de Referência / Articulação:

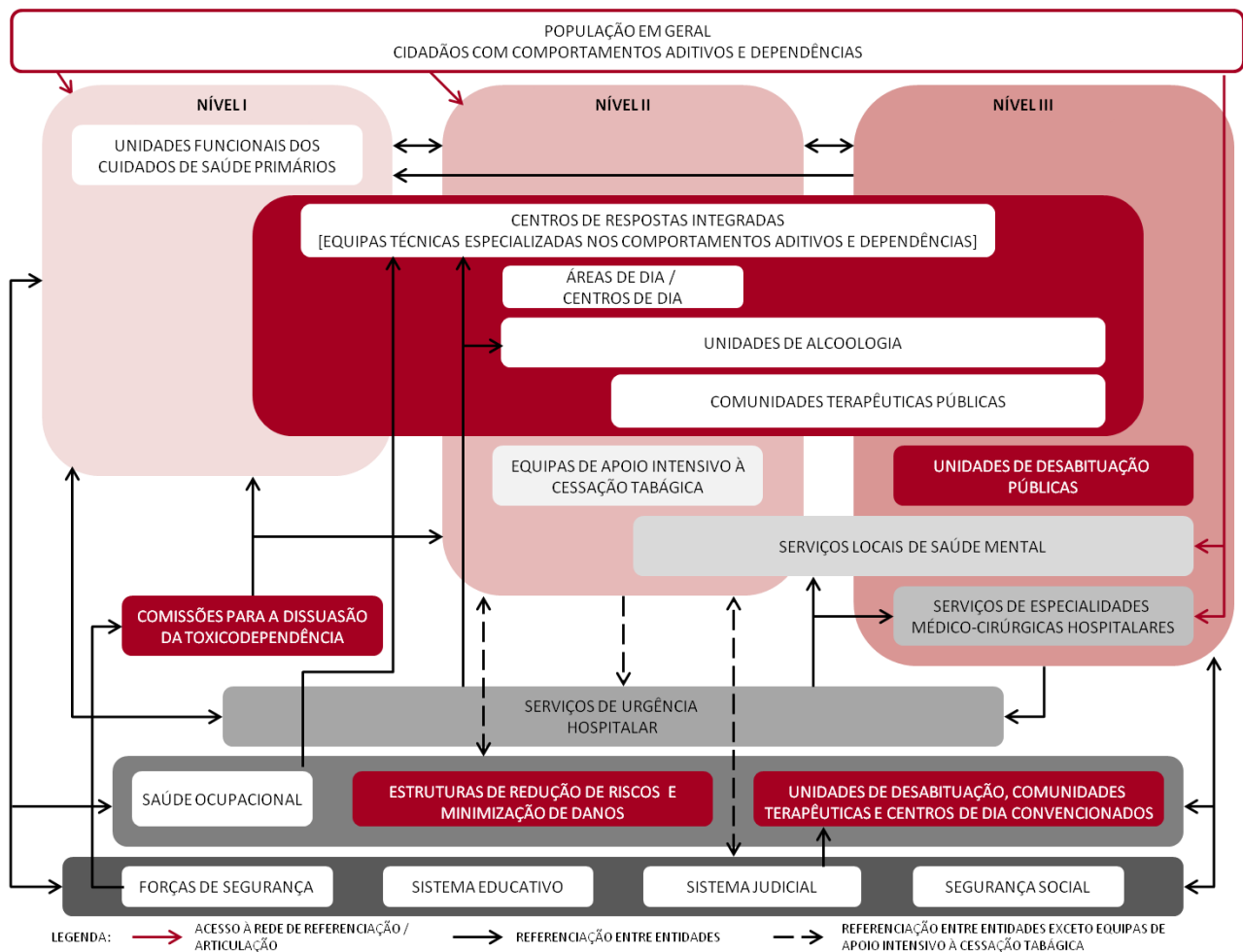


Figura V. Fluxograma Global da Rede

III.E.

ARQUITETURA DA REDE, POR REGIÃO DE SAÚDE

Dada a necessidade e importância de se atender às especificidades e condicionalismos loco-regionais, apresenta-se de seguida a arquitetura da Rede de Referênciação / Articulação por área geográfica de atuação.

Ressalva-se que, não obstante de se ter englobado no fluxograma global da presente Rede a maioria das estruturas e programas que operam no âmbito dos CAD, ao nível de cada ARS,I.P. existirão outros que apenas aqui serão descritos.

III.E.1.

REGIÃO NORTE

Os circuitos de referênciação / articulação da região Norte configuram-se da seguinte forma:

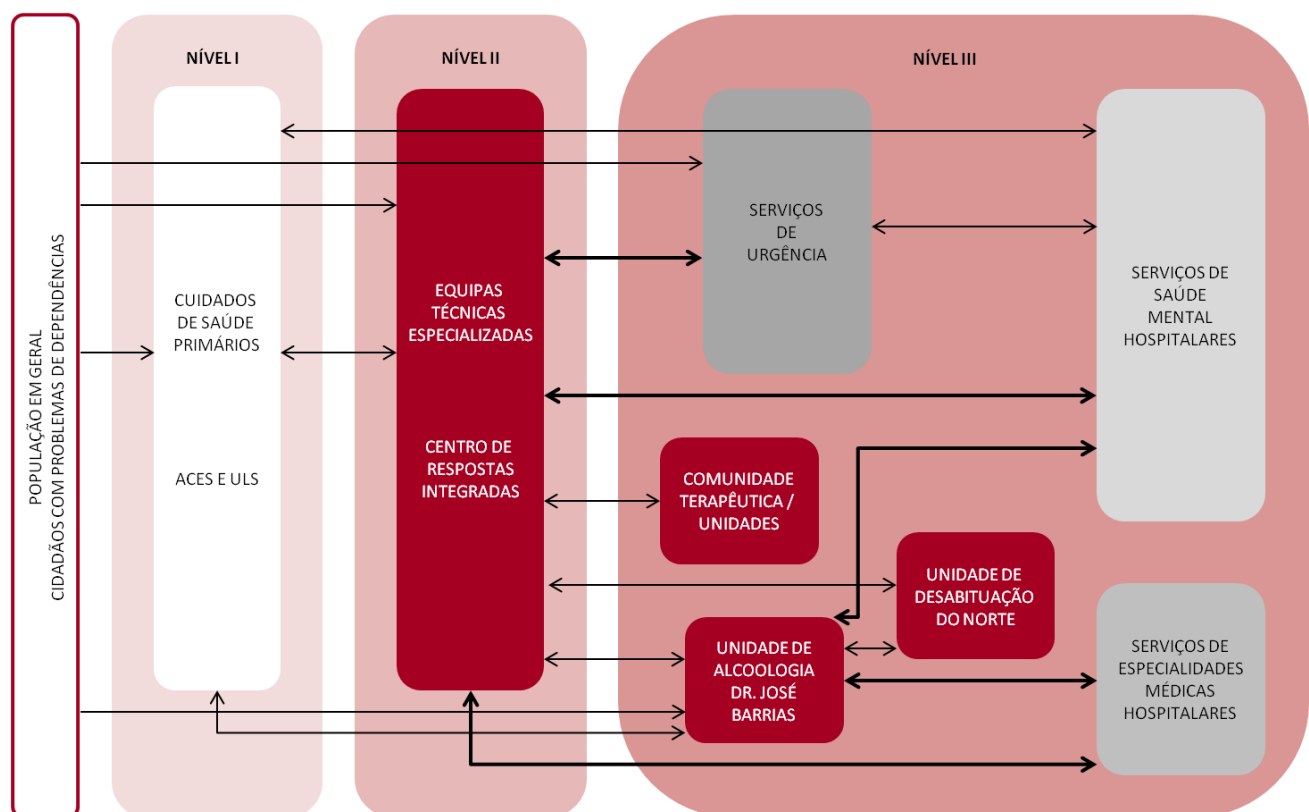


Figura VI. Fluxograma da Rede na região do Norte

No que toca a especificidade de intervenção das Equipas Técnicas Especializadas no âmbito dos CAD na região Norte, destacam-se os seguintes projetos:

- **Projeto Integrado de Atendimento Materno (PIAM)**

Ao PIAM compete a prestação de cuidados integrados e globais a mulheres grávidas e puérperas toxicodependentes e seus filhos, seguindo as modalidades terapêuticas mais adequadas a cada situação, em regime de ambulatório, com vista ao tratamento, redução de danos e reinserção dessas doentes.

- **Projeto Integrado de Apoio à Comunidade (PIAC)**

Ao PIAC compete a prestação de um serviço de apoio à comunidade no âmbito da prevenção seletiva e indicada, fornecendo um espaço de escuta e de consulta a jovens e adultos em dificuldades, promovendo a informação, sensibilização e formação de adultos significativos que possam estar em contacto com jovens, em dificuldades ou não, assim como fornecendo um espaço de consultadoria e apoio técnico às instituições que lidam com jovens em risco.

III.E.2.

REGIÃO CENTRO

Na região Centro, os circuitos de referenciação / articulação são apresentados através do seguinte fluxograma:

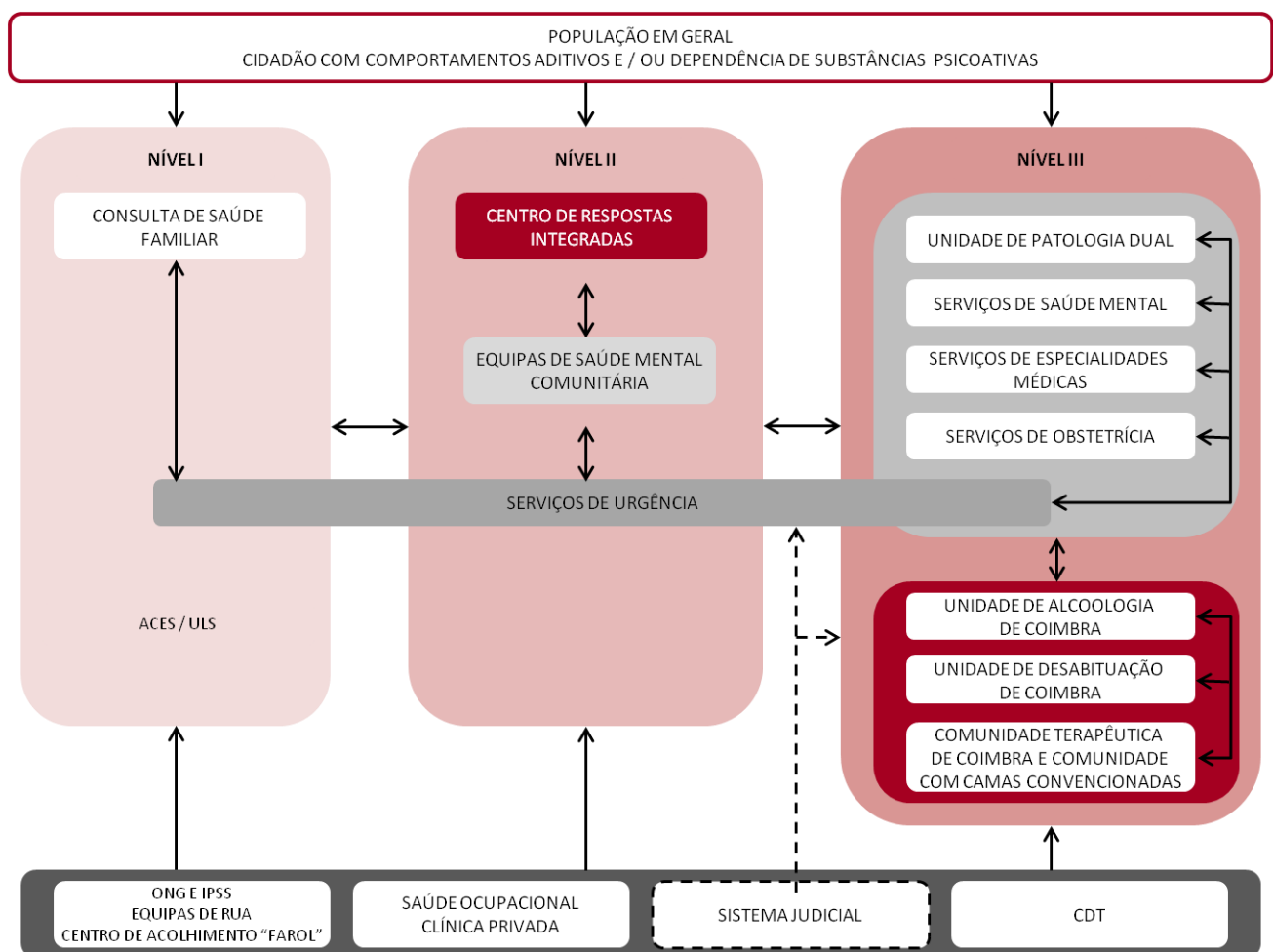


Figura VII. Fluxograma da Rede na região do Centro

Pela sua especificidade regional, destaca-se a **Unidade de Patologia Dual de Coimbra**, com intervenção no Nível III, que é unidade de psiquiatria especializada no tratamento diferenciado e multidisciplinar de doentes com Patologia Dual (associação de doença mental grave e consumo de substâncias psicoativas), bem como

de investigação na área. Tem por objetivo a estabilização psiquiátrica e o tratamento da dependência em simultâneo, promovendo a recuperação física, psíquica, funcional e social do doente.

Inclui as seguintes valências:

- Internamento: Utilizado nas situações em que a gravidade da situação clinico-psiquiátrica o exija, pelo tempo necessário à estabilização clínica do doente. Inclui intervenção psiquiátrica e psicofarmacológica, psicológica, terapia ocupacional, intervenção familiar, articulação com outras estruturas.
- Hospital de Dia: Estrutura de intervenção multidisciplinar que funciona diariamente das 9h00 a 16h00, 5 dias por semana. O objetivo desta unidade é proporcionar a recuperação emocional, cognitiva, a autoestima, a capacidade interação e integração social, a autoconfiança, que criem condições para a completa reinserção do doente no mundo familiar, social e laboral, como cidadão de pleno direito.
- Consulta Externa: Intervenção multidisciplinar, incluído psiquiatra, psicólogo, assistente social e enfermagem, que faz o acompanhamento regular em ambulatório dos doentes durante o tempo necessário para garantir a estabilização do processo de reinserção e *recovery*. Articula com todas as estruturas locais médicas e sociais permitindo a cooperação e rentabilização de recursos.
- Tratamento em regime compulsivo: Sempre que estejam reunidos os pressupostos legais previstos na Lei de Saúde Mental³⁶, realiza-se tratamento compulsivo com vista ao restabelecimento do bem-estar psíquico do doente. Inclui internamento compulsivo e tratamento compulsivo ambulatório, garantido pela consulta de patologia dual compulsivo.

³⁶ Lei n.º 36/98, de 24 de julho.

III.E.3.

REGIÃO LISBOA E VALE DO TEJO

Na figura seguinte são apresentados os circuitos de referênciação / articulação na região de Lisboa e Vale do Tejo:

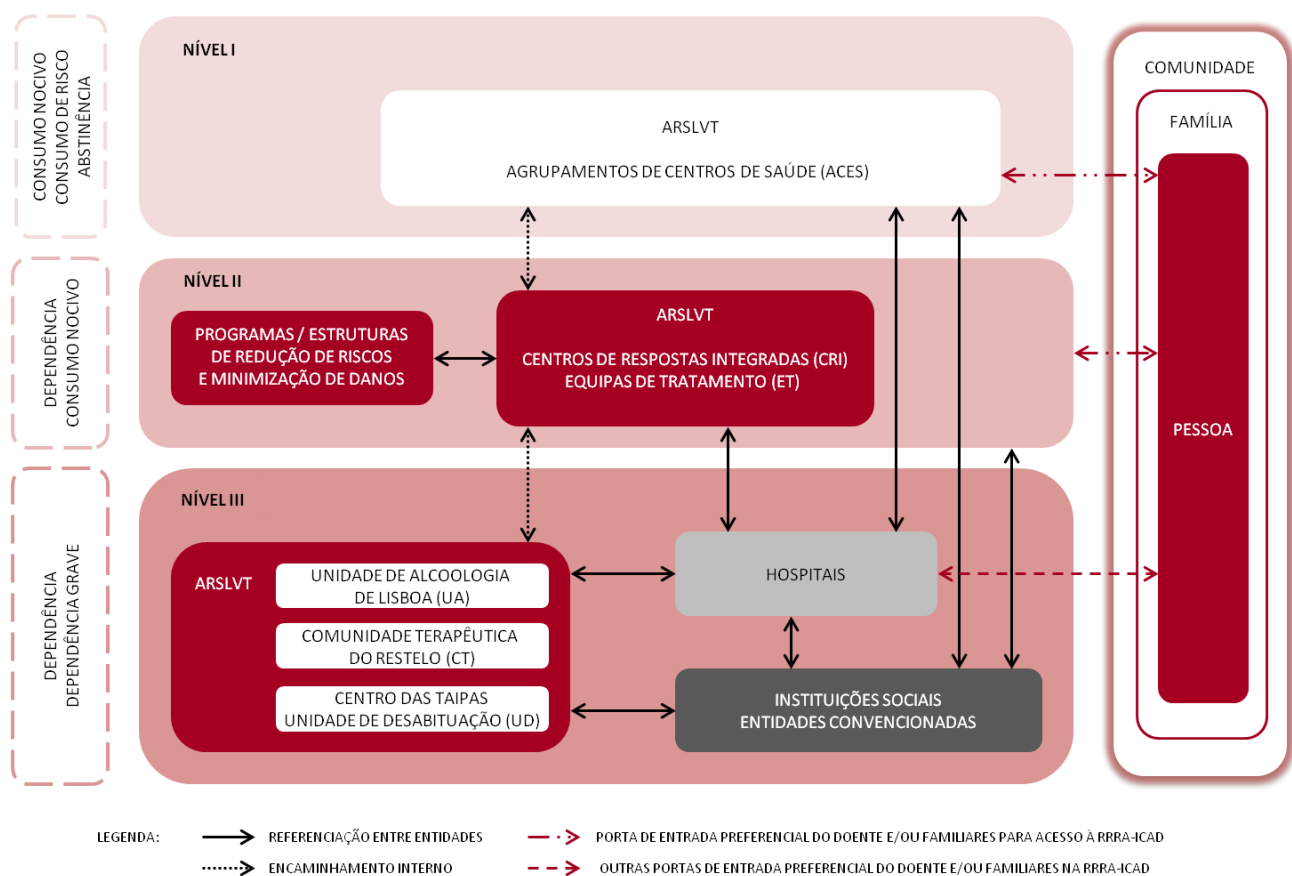


Figura VIII. Fluxograma da Rede na região de Lisboa e Vale do Tejo

III.E.4.

REGIÃO ALENTEJO

Para a região do Alentejo, os circuitos de referênciação / articulação consubstanciam-se da seguinte forma:

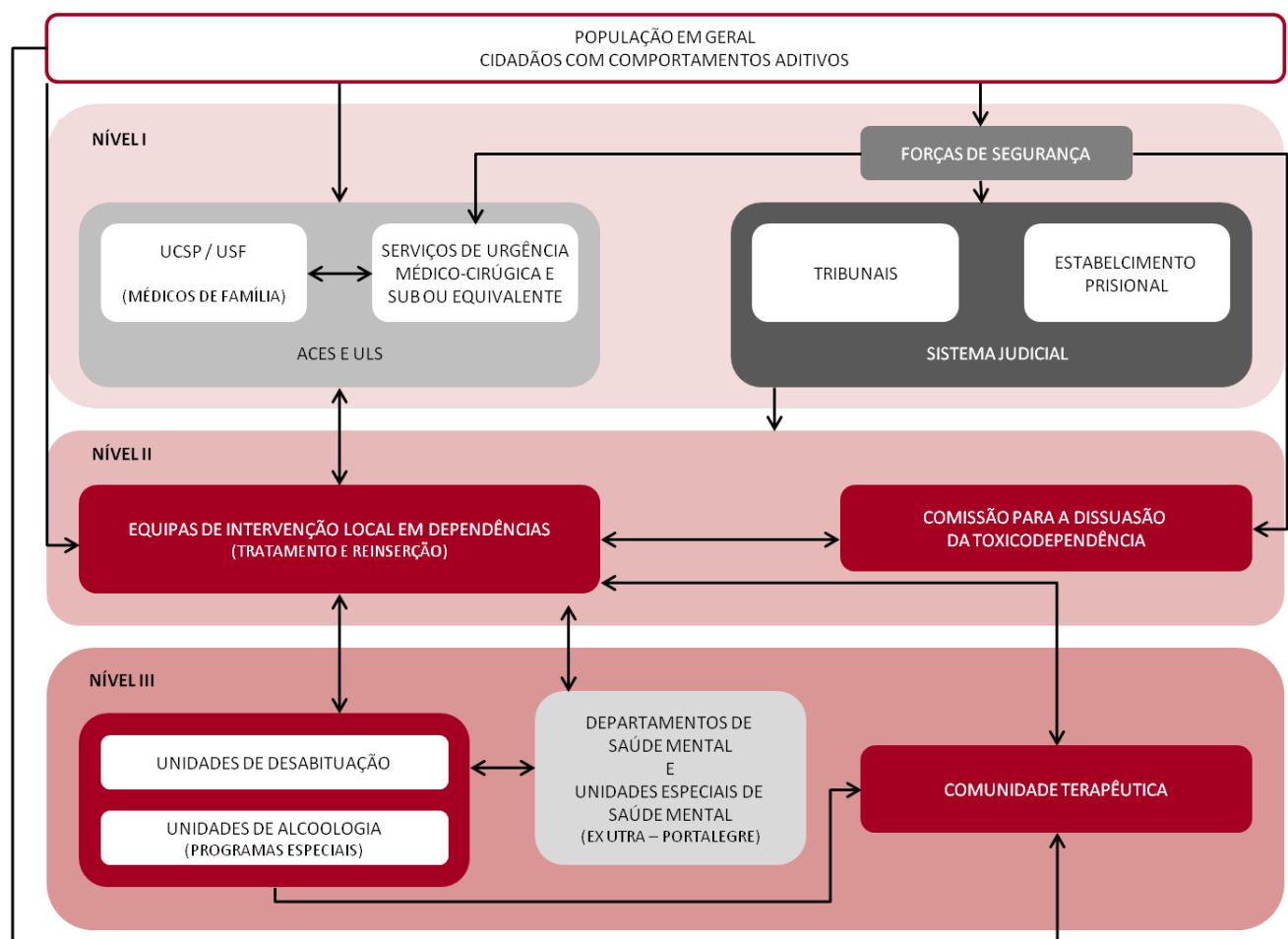


Figura IX. Fluxograma da Rede na região do Alentejo

III.E.5.

REGIÃO ALGARVE

Os circuitos de referenciação / articulação da região do Algarve configuram-se da seguinte forma:

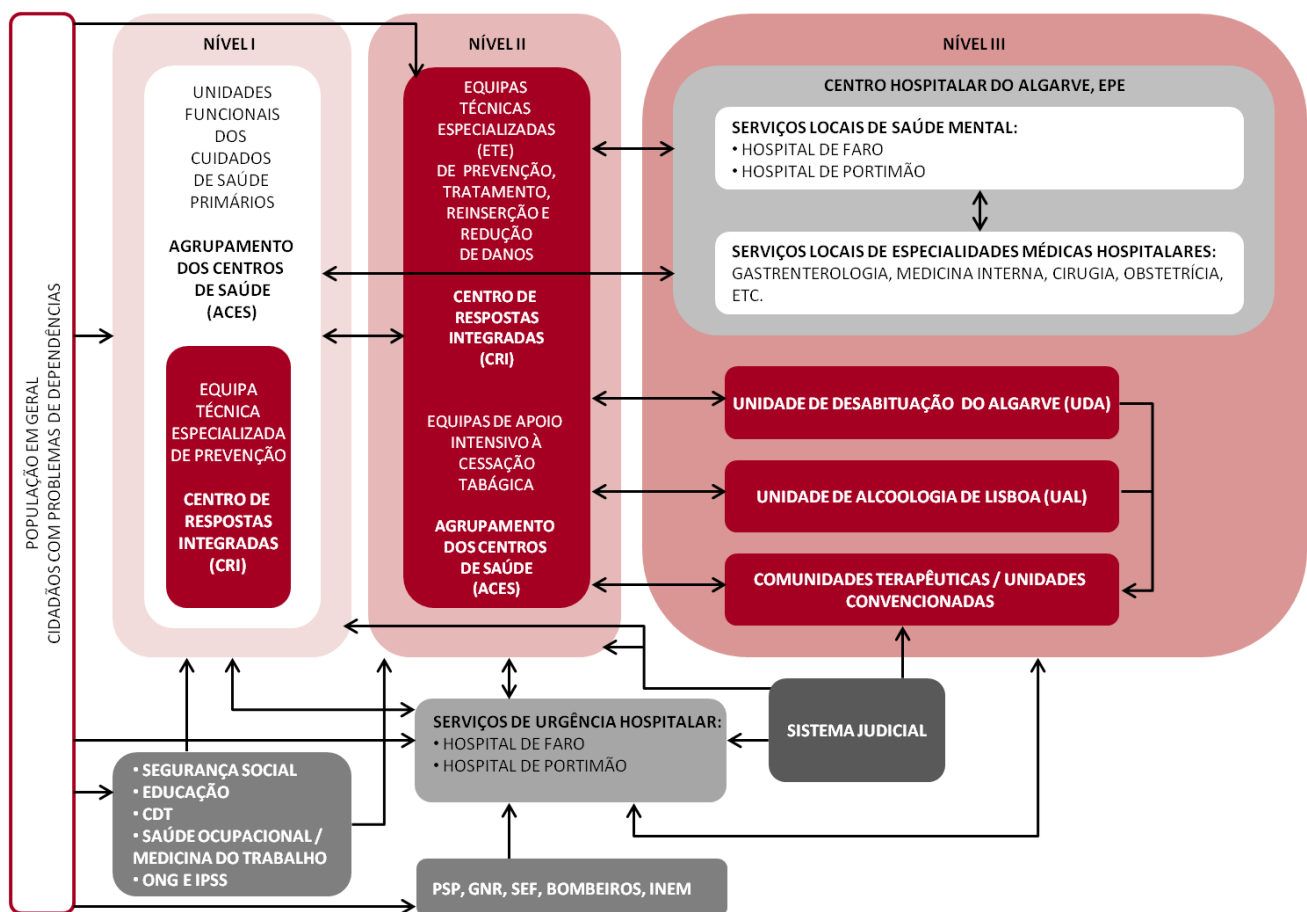


Figura X. Fluxograma da Rede na Região do Algarve

No que toca ao algoritmo da presente Rede na região do Algarve, destaca-se o seguinte:

- Todos os utentes podem aceder a qualquer ponto da rede, exceto à UD do Algarve e UA de Lisboa, em que o encaminhamento é sempre feito a partir das Equipas Técnicas Especializadas do Centro de Respostas Integradas (CRI), embora cada unidade seja responsável pela prestação de cuidados de saúde nos termos definidos nesta rede pelos utentes da sua área de residência.

- De todos os pontos da rede os utentes podem ser referenciados para outros pontos da rede. Unidades de diferentes níveis podem fazer entre si referência pura ou acordar seguimentos conjuntos.
- Preferencialmente, o ACES do Barlavento e o Hospital de Portimão, incluindo o seu Departamento de Saúde Mental e Hospital de Lagos, articulam-se com as Equipas do Barlavento do CRI do Algarve, e os ACES Central e do Sotavento, assim como o Hospital de Faro, incluindo o seu Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental articulam-se com as Equipas do Sotavento deste mesmo CRI, conforme se apresenta na figura seguinte:

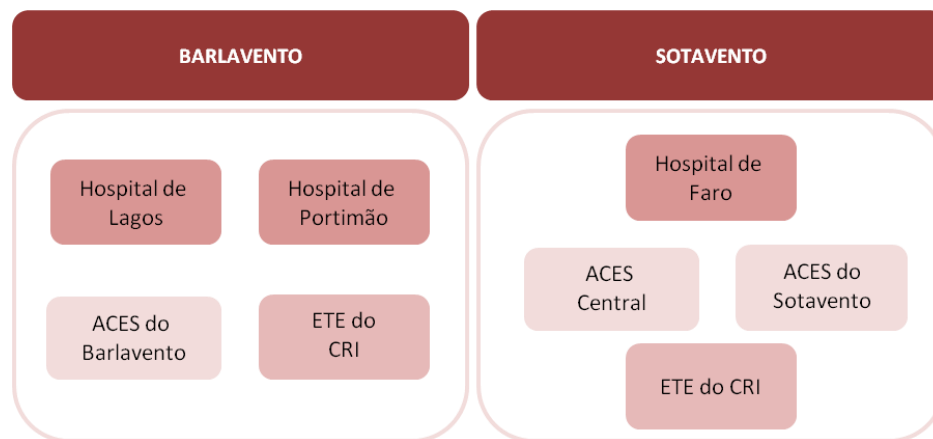


Figura XI. Articulação institucional na região do Algarve

- Os utentes podem ser referenciados para comunidades terapêuticas pelas Equipas Técnicas Especializadas do CRI ou da Unidade de Desabilitação do Algarve e Unidade de Alcoologia de Lisboa.
- Os serviços de **Nível I e II** são parceiros dos serviços da área de residência.
- Os serviços de **Nível III** são parceiros de todos os serviços.
- Os SLSM recebem doentes com patologia dual grave ou psiquiatricamente descompensada.
- Os Serviços Médicos Hospitalares (internamentos e/ou consultas externas) recebem doentes com patologia dual orgânica grave ou descompensada.
- Os Serviços de Urgência orientam para os CSP - ACES, para os serviços especializados hospitalares, ou para as Equipas Técnicas Especializadas do CRI em função da gravidade da situação e da abordagem terapêutica considerada mais adequada.

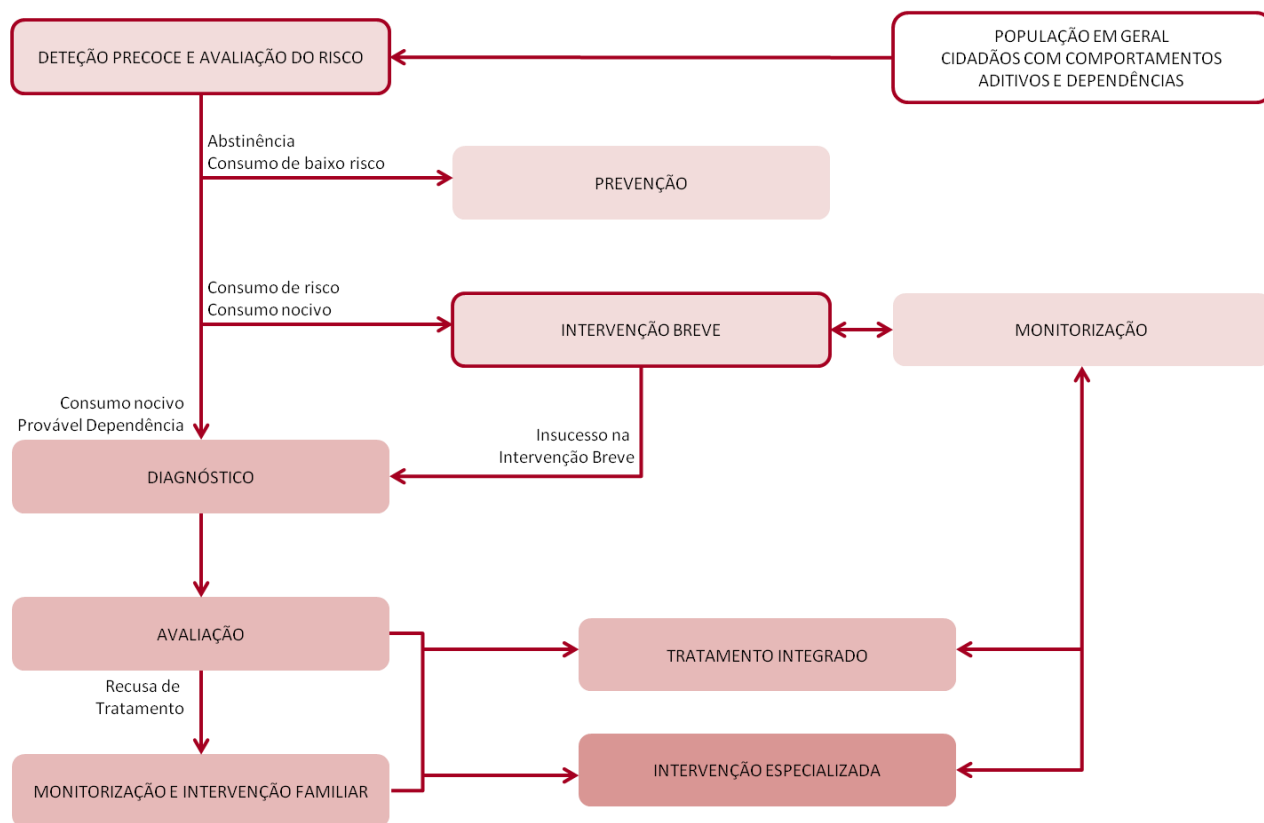
- Dentro da rede especializada de **Nível III** os doentes com gravidade psiquiátrica ou orgânica severa são tratados nos Hospitais da sua área de residência acedendo à UD do Algarve, via Equipa Técnica Especializada de Tratamento quando compensados e se for considerado útil.

III.F.

INSTRUMENTOS DE RASTREIO E INTERVENÇÕES BREVES

Para uma intervenção eficaz no âmbito dos CAD é importante considerar a fase de detecção precoce e avaliação do risco dos consumos e atuar, ou seja, para intervir e ou referenciar adequadamente é necessário detetar a gravidade dos consumos e avaliar outros problemas relacionados.

Neste sentido, e considerando o já exposto no presente documento, apresenta-se de seguida uma síntese do fluxo da intervenção preconizada no âmbito da Rede de Referênciação / Articulação:



Adaptado de Ferreira-Borges, C. e Cunha Filho, H. (2007). *Intervenções Breves: Alcool e Outras Drogas – Manual Técnico e Cd-Rom*, Lisboa: CLIMEPSI

Figura XII. Fluxograma de Intervenção

Por outro lado, procurando dotar a presente Rede de Referênciação / Articulação da necessária agilização e eficiência, e não obstante da diversidade de instrumentos e modelos de intervenção disponíveis, importa apresentar sinteticamente os instrumentos de rastreio e o modelo de intervenção breve, que se consideram de maior adequabilidade no âmbito desta problemática.

III.F.1.**AUDIT**

O AUDIT - *Alcohol Use Disorders Identification Test* é um instrumento de avaliação desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo sido realizada a validação da versão portuguesa deste questionário em 2002³⁷, e 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 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 seleccionadas 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.

Resumidamente, este instrumento de rastreio (*Vide Anexo VI*) oferece informação através de 10 questões, nomeadamente:

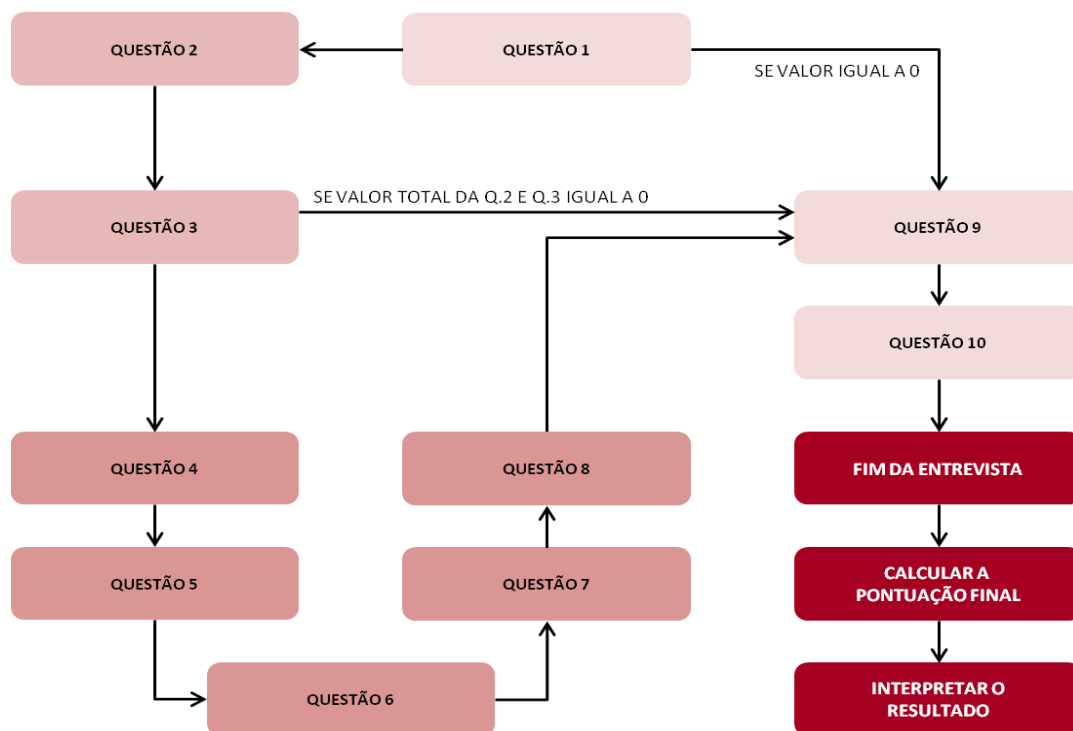
1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool;
2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal;
3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião;
4. Com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar;
5. Com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente se lhe exige, por ter bebido;
6. Com que frequência precisou de beber logo de manhã para “curar” uma ressaca;
7. Com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido;

³⁷ Por Cunha, J.R. (2002). *Validação da versão portuguesa dos questionários AUDIT e Five-Shot para identificação excessivo de álcool*. Lisboa: Internato complementar de clínica geral da Zona Sul.

8. Com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido;
9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por ter bebido;
10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber.

Importa ainda referir que, ao se utilizar apenas as três primeiras questões do AUDIT, o que se designa de AUDIT C, este instrumento constitui-se como um primeiro momento de rastreio.

A figura seguinte ilustra o fluxograma de aplicação do AUDIT:



Adaptado de Ferreira-Borges, C. e Cunha Filho, H. (2007). Intervenções Breves: Álcool e Outras Drogas – Manual Técnico e Cd-Rom, Lisboa: CLIMEPSI

Figura XIII. Fluxograma de Aplicação do AUDIT

É, assim, um instrumento fácil de aplicar, podendo ser ministrado sob a forma de entrevista ou como questionário de auto preenchimento, bem como de pontuar e de interpretar, sendo que as suas pontuações correlacionam dimensões que têm que ver com as consequências das bebidas, atitudes com consumos e vulnerabilidade para a dependência alcoólica, conforme se apresenta de seguida:

RESULTADO AUDIT	NÍVEL DE RISCO	PROBLEMA	INTERVENÇÃO PRECONIZADA
0-7	BAIXO	ABSTINÊNCIA OU CONSUMO DE BAIXO RISCO	INFORMAÇÃO EDUCAÇÃO
8-15	BAIXO / MODERADO	CONSUMO DE RISCO	ORIENTAÇÃO
16-19	MODERADO	CONSUMO NOCIVO	ORIENTAÇÃO INTERVENÇÃO BREVE MONITORIZAÇÃO
20-40	ALTO	PROVÁVEL DEPENDÊNCIA	ENCAMINHAMENTO PARA CUIDADOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS

adaptado de Organización Mundial de la Salud - Babor, T.F. et al. (2001). *AUDIT – Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol – Pautas para su utilización em Atención Primaria.*, Washington: Organización Panamericana de la Salud e Generalitat Valenciana (Trad. Espanhol)

Figura XIV. Relação de Resultados, Níveis de Risco e Respetivas Intervenções no âmbito do AUDIT

III.F.2.**ASSIST**

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.

Efetivamente, o ASSIST é um instrumento de deteção (*Vide Anexo VII*) 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 adultos³⁸, 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 Infeto Contagiosas, 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.

Resumidamente, este instrumento é constituído pelas seguintes questões:

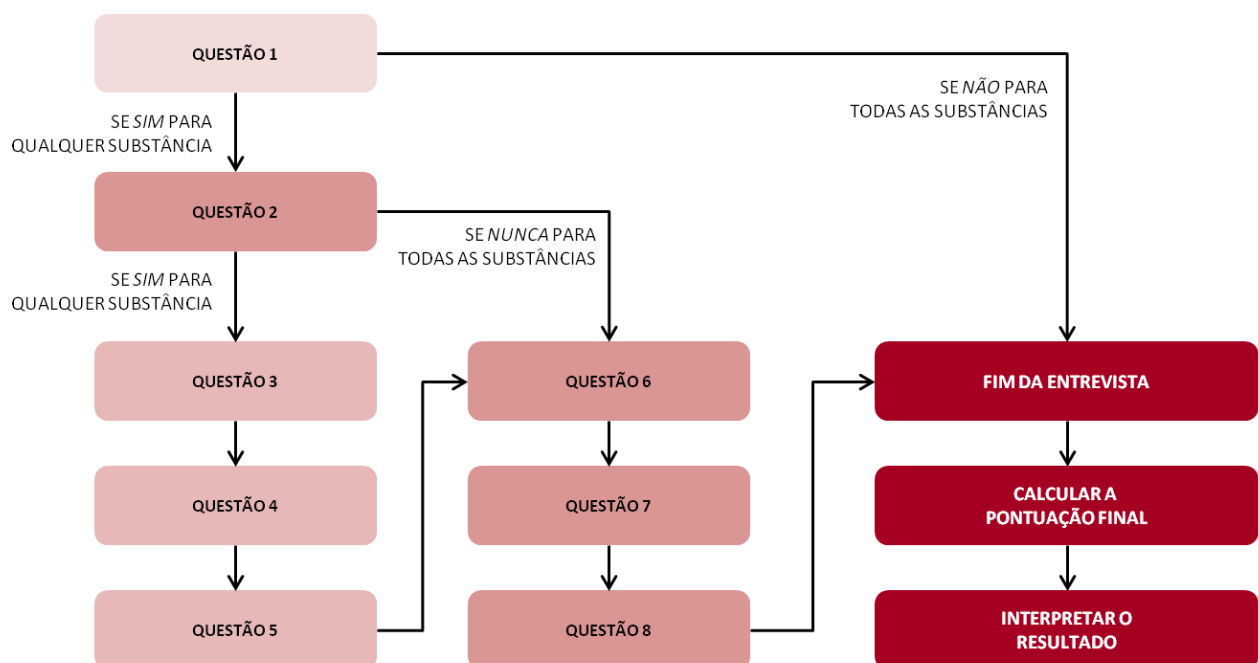
1. Quais as substâncias que já consumiu ao longo da vida;
2. Com que frequência consumiu cada uma das substâncias;
3. Com que frequência sentiu um forte desejo ou vontade de consumir;

³⁸ A versão 3.1 do ASSIST, aqui apresentada, só foi validada para a população adulta (entre os 18 e 60 anos de idade).

4. Com que frequência o seu consumo originou problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros;
5. Com que frequência não fez o que normalmente era esperado de si devido ao seu consumo;
6. Já alguma vez um amigo, familiar ou outro demonstrou preocupação pelo seu consumo;
7. Alguma vez tentou, sem sucesso, reduzir ou parar o seu consumo;
8. Alguma vez consumiu substâncias por via injetável.

A sua aplicação pode ser exclusiva ou integrada numa consulta de rotina, em que se faz um questionário de saúde geral ou de estilo de vida ou uma análise de risco ou mesmo como parte da história clínica do utente, tanto mais que é um instrumento de fácil e célere aplicação.

O fluxograma de aplicação do ASSIST pode ser assim representado:



In Ferreira-Borges, C. e Cunha Filho, H. (2007). Intervenções Breves: Álcool e Outras Drogas – Manual Técnico e Cd-Rom, Lisboa: CLIMEPSI, p.167

Figura XV. Fluxograma de Aplicação do ASSIST

Tal como o AUDIT, também o ASSIST é um instrumento de fácil e célere aplicação, de aferição de resultados e de interpretação, assim como também as suas pontuações correlacionam dimensões relativas às consequências no âmbito dos CAD. Os resultados podem ser relacionados com os níveis de consumo e intervenções, conforme se apresenta de seguida:

RESULTADO ASSIST ÁLCOOL	RESULTADO ASSIST OUTRAS SUBSTÂNCIAS	NÍVEL DE RISCO	PROBLEMA	INTERVENÇÃO PRECONIZADA
0-10	0-3	BAIXO	ABSTINÊNCIA OU CONSUMO DE RISCO	INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO
11-26	4-26	MODERADO	CONSUMO NOCIVO	INFORMAÇÃO ORIENTAÇÃO INTERVENÇÃO BREVE MONITORIZAÇÃO
27 OU +		ALTO	PROVÁVEL DEPENDÊNCIA	INFORMAÇÃO ENCAMINHAMENTO PARA CUIDADOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS
SUBSTÂNCIAS INJETADAS NOS ÚLTIMOS 3 MESES		MODERADO ALTO	PROVÁVEL DEPENDÊNCIA	INFORMAÇÃO ANÁLISES DE ROTINA ENCAMINHAMENTO PARA CUIDADOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS

adaptado de Organización Mundial de la Salud (2011). *Intervención breve vinculada a ASSIST: para el consumo problemático de sustancias – Manual para uso en la atención primaria*. Washington: Organización Panamericana de la Salud (Trad. Espanhol)

Figura XVI. Relação de Resultados, Níveis de Risco e Respetivas Intervenções no âmbito do ASSIST

PADRÃO DE CONSUMO INJETÁVEL	INTERVENÇÃO PRECONIZADA
MÉDIA DE 4 DIAS POR MÊS, NOS ÚLTIMOS 3 MESES	INTERVENÇÃO BREVE INFORMAÇÃO SOBRE OS RISCOS DE CONSUMO INJETÁVEL
MAIS DE 4 DIAS POR MÊS, NOS ÚLTIMOS 3 MESES	AValiação ADICIONAL TRATAMENTO INTENSIVO

adaptado de Organización Mundial de la Salud (2011). *ASSIST: La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias – manual para uso en la atención primaria*, Washington: Organización Panamericana de la Salud (Trad. Espanhol)

Figura XVII. Relação de padrão de consumo injetável e respetiva intervenção no âmbito do ASSIST

III.F.3.**INTERVENÇÕES BREVES**

Se através da aplicação dos instrumentos de rastreio for detetado que os consumos são de risco ou nocivos deve-se proceder à Intervenção Breve (IB) realizada pelo Médico de Medicina Geral e Familiar ou outro elemento da equipa de trabalho, sendo o objetivo dessa intervenção a redução dos consumos para níveis de baixo risco ou mesmo a abstinência.

Como já referido, as IB baseiam-se em técnicas de entrevista motivacional e abordagem cognitivo - comportamental, cujo foco principal é a mudança de comportamento, tendo uma duração entre 5 a 10 minutos cada e que podem decorrer em 3 ou 4 sessões. Têm principalmente dois objetivos globais, distintos mas complementares:

- Identificar e ajudar as pessoas que consomem substâncias e que, por tal, podem vir a desenvolver CAD, intervindo para reduzir ou até eliminar os riscos associados à continuação desse consumo.
- Identificar e encaminhar as pessoas com CAD para serviços especializados, intervindo precocemente e prevenindo a progressão dos consumos.

Com vista a contribuir para a aplicação correta e eficaz das IB, são descritas na literatura nacional e internacional³⁹ algumas técnicas a ter em atenção, sob a forma de Método FRAMES:

- Retroalimentação (*Feedback*)

Depois da aplicação dos instrumentos de rastreio e avaliação deve ser dado retorno sobre os resultados, uma vez que o conhecimento sobre a situação ajuda a envolver a pessoa e pode ser decisivo para o processo de mudança.

- Responsabilidade (*Responsability*)

Deve ser enfatizada a responsabilidade da pessoa no processo de mudança, dado que a perceção de autonomia e de controlo age como uma motivação para a mudança de comportamento.

- Aconselhamento (*Advice*)

Também no sentido de preservar a autonomia na decisão por parte da pessoa, é fundamental transmitir orientações e recomendações claras e objetivas e debater as possíveis metas.

³⁹ OMS (2001a); Henry-Edwards (2003A); Anderson (2005); Ferreira-Borges (2007); OMS (2011a).

- Menu de opções (*Menu*)

Oferecer informação sobre situações de risco e apresentar várias opções para a mudança de comportamento, permitem reforçar a sensação de controlo e de escolha.

- Empatia (*Empathy*)

A relação e a comunicação empática entre o profissional e o utente são determinantes para fomentar a motivação e mudança.

- Autoeficácia (*Self-efficacy*)

O reforço positivo é preponderante para promover e facilitar a motivação e a confiança da pessoa nos seus próprios recursos e na sua capacidade de realizar com eficácia as metas a que se propõe.

Neste âmbito, apresenta-se de seguida um conjunto de aspetos práticos a atender no desenrolar de uma IB, salvaguardando-se que esta deve ser adaptada a cada tipo de utente e à situação deste:

- Apresentação dos resultados da deteção:

Deve ser questionado ao utente se está interessado em ver a pontuação do questionário aplicado e proporcionado o retorno personalizado da gravidade dos consumos detetada. Tal atitude ajuda a iniciar a IB e a reduzir eventuais resistências.

De ressaltar que, a informação disponibilizada terá maior impacto se for personalizada, para tal é essencial ter em consideração aspetos como a situação pessoal, o contexto familiar e laboral, preocupações em termos de saúde e outras características como se já existiram tentativas anteriores para parar os consumos.

- Identificação dos riscos e análise das consequências do tipo e padrão de consumos:

É relevante enfatizar os riscos mais relevantes, avaliar o padrão de consumo e as respetivas consequências, e se o utente vê o seu consumo como um problema, assim como determinar a sua motivação para alterar o seu comportamento e as suas capacidades para concretizar a mudança necessária.

Caso o utente apresente comportamentos de risco, é importante incentivar, de forma clara e personalizada, a cessar ou a reduzir os consumos, ou seja, aconselhar o utente com objetividade e com informação exata, proporciona um ambiente neutro e incentivador para a tomada de decisão.

- Concertação do compromisso do utente:

É importante preparar o processo de mudança adequado às condições do utente, para tal é fundamental promover o debate sobre como o pensa fazer e manter a mudança a que se propõe, assim como averiguar se são necessários outros tipos de apoios, para a concretização do processo de mudança.

Por outro lado, permitir ao utente falar sobre as suas inquietudes, responsabilizar-se pelas suas decisões e assumir o controlo pessoal são condições fundamentais e motivadoras para a mudança.

- Identificação das metas a atingir;

Deve-se promover a identificação dos potenciais benefícios da mudança de comportamento, dando especial ênfase aos que parecem ser mais relevantes para o utente, bem como das barreiras e obstáculos que eventualmente comprometem a tomada de decisão para a mudança ou para o sucesso desta.

- Acompanhamento e reforço para a mudança de comportamento.

O acompanhamento regular permite perceber o empenho do utente em todo o processo, sendo essencial reforçar positivamente e estimular para continuar, tanto mais que é necessário ajudar o utente a identificar os motivos de uma eventual recaída, bem como de situações que podem colocar em causa todo o processo de mudança.

III.G.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

No que toca aos Sistemas de Informação (SI), e no sentido da criação e manutenção de um fluxo de referênciação ágil e eficaz no âmbito da presente Rede, salvaguarda-se a importância dos seguintes aspetos:

- Desmaterialização de uma ficha de referênciação
 - O preenchimento de uma ficha de referênciação deverá ser efectuado no Sistema de Informação e Monitorização (SIM), ficando automaticamente disponível para análise por parte das Equipas Técnicas Especializadas no âmbito dos CAD, que não terão que recolher informação manuscrita.
 - O preenchimento deverá ser efectuado com base em perfis de acesso pré-definidos para cada interveniente.
 - Os campos poderão estar preenchidos por defeito ou serem de preenchimento automático.
 - Implementação de mecanismos de validação (ex. introdução de preenchimento obrigatório, sugestões de preenchimento, etc.).
- Possibilidade de submissão *online* de uma ficha de referênciação
 - As entidades sinalizadoras / referenciadoras sem acesso ao SIM poderão preencher e submeter a ficha de referênciação via *online*, por exemplo, através de uma área privada (devidamente autenticada) da página da internet institucional de cada ARS, I.P..
- Obrigatoriedade de preenchimento de dados no SIM
 - O preenchimento das Fichas Base e de Seguimento deverá ser obrigatório, permitindo assim o registo de dados para a caracterização global do utente e das intervenções associadas.
- Promoção da interoperabilidade entre serviços públicos
 - Ao nível da partilha de informação sobre o utente deverá preconizar-se a sua recolha de forma electrónica e automática, através de interface entre os SI utilizados nos ACES, Hospitais, bem como com o SIM.

- Também ao nível da gestão da Rede de Referênciação deverá existir um interface entre os mesmos SI. Só assim será exequível um célere, transparente e eficaz acompanhamento da Rede de Referênciação / Articulação.
- Por outro lado, impera a necessidade de que as entidades que prestam cuidados de saúde nesta Rede, nomeadamente as Equipas Técnicas Especializadas em CAD, acedam à Via ALERT®, dado que consiste numa interligação de dados clínicos e *workflow* entre diferentes entidades envolvidas no atendimento de utentes encaminhados das estruturas dos CSP para os Hospitais em contexto de urgência em Portugal.

IV. IMPLEMENTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA REDE

IV.A. IMPLEMENTAÇÃO DA REDE

Para a operacionalização da Rede de Referência / Articulação no âmbito dos CAD é imprescindível atender a dois fatores prévios, ou seja, à sua disseminação e à formação dos diferentes profissionais que nela intervêm.

IV.A.1. DIVULGAÇÃO

De forma a permitir uma oportuna divulgação desta Rede, e dado que o presente documento de apoio deverá apresentar-se como um elemento de referência das orientações e intervenção para os diferentes atores no âmbito dos CAD, é fundamental a sua disseminação pelos mesmos.

Assim, deverá ser amplamente disponibilizado, quer para consulta quer para *download*, em diversas páginas de internet, nomeadamente nas *homepage* dos serviços responsáveis pela sua elaboração, nomeadamente do SICAD, das 5 ARS, I.P., do Programa Nacional para a Saúde Mental e do PNPCT, assim como na DGS, no Portal da Saúde, entre outros.

Por outro lado, e atendendo a que só é possível garantir a eficiência, eficácia e qualidade de uma Rede de Referência / Articulação através de uma plena interação entre os diferentes setores e atores, esta deve ser inicialmente fomentada através da realização, a nível regional e local, de reuniões de divulgação do presente documento e sensibilização dos profissionais para a relevância de uma abordagem e intervenção intersectorial no âmbito dos CAD.

IV.A.2.

FORMAÇÃO

Para avançar na obtenção de níveis de qualidade da articulação e intervenção no âmbito dos CAD, é basilar o desenvolvimento de estratégias de formação de profissionais que assegurem a efetiva implementação da Rede de Referência / Articulação.

Com efeito, desenvolver intervenções na área da saúde, e mais especificamente no âmbito dos CAD, requer conhecimentos e competências na utilização de técnicas específicas, nomeadamente a aplicação de instrumentos de rastreio e das intervenções breves, relevantes para fomentar e orientar as pessoas para o processo de mudança.

Neste âmbito, e atendendo às características desta Rede, a formação em cascata assume-se como a metodologia a privilegiar. Para tal, é importante o desenvolvimento de atividades de formação de carácter teórico-prático para profissionais das estruturas territoriais envolvidas na Rede de Referência / Articulação.

Contudo, a elaboração e avaliação do diagnóstico de necessidades em formação, bem como a apresentação dos respetivos planos de formação no que concerne à Rede de Referência / Articulação no âmbito dos CAD, assumem-se como procedimentos imprescindíveis e prévios à sua realização.

IV.B.

ACOMPANHAMENTO E MONITORIZAÇÃO DA REDE

A presente Rede de Referência / Articulação deverá ser objeto de acompanhamento global e avaliação por parte do SICAD. No âmbito regional, o acompanhamento e monitorização competirá às respetivas ARS,I.P.

Em todo o caso, para assegurar uma execução eficaz e uma gestão adequada da implementação e acompanhamento da Rede de Referência / Articulação, que permita introduzir fatores de melhoria e de correção, é essencial a definição de metodologias, de instrumentos e métodos de recolha, tratamento e disseminação da informação.

Neste âmbito, e de forma a implementar uma dinâmica nacional homogénea, considera-se necessária a realização de **reuniões de acompanhamento** que visem potenciar a participação e as sinergias dos intervenientes, bem como aferir a adequabilidade prática da presente Rede e que, sem prejuízo de adaptações regionais, deverão assumir a seguinte periodicidade:

- Reunião trimestral⁴⁰ entre as ARS,I.P. e as respetivas UIL, devendo estar presentes, num segundo momento da reunião, os demais intervenientes locais e regionais da Rede. Com uma periodicidade não inferior a semestral, e sempre que se justifique, o SICAD e representantes do Programa Nacional para a Saúde Mental e do PNPCT deverão participar nestas reuniões.
- Reunião semestral entre o SICAD, as ARS,I.P e os representantes do Programa Nacional para a Saúde Mental e do PNPCT e, eventualmente se necessário, outros parceiros.

Paralelamente, para se proceder à monitorização da Rede, o SICAD, as ARS,I.P. e os representantes do Programa Nacional para a Saúde Mental e do PNPCT consensualizarão instrumentos e procedimentos que permitam a recolha e tratamento da informação necessária para a elaboração de um **resumo executivo semestral** onde conste a análise dos resultados, dos desvios e fatores críticos, e eventualmente, a identificação de fatores de melhoria e/ou de correção a introduzir.

Por fim, deverá ser apresentado pelo SICAD e demais parceiros, um **relatório anual** da Rede de Referência / Articulação no âmbito dos CAD, no qual conste uma análise consistente das iniciativas,

⁴⁰ À medida que se realize cada reunião, o respetivo memorando deverá ser enviado pela ARS,I.P. para o SICAD, que disseminará a informação pelos demais parceiros.

desenvolvidas a nível nacional que tenham concorrido para o alcance dos objetivos definidos, dos constrangimentos e de propostas futuras.

IV.B.1.

INDICADORES

Numa perspetiva de avaliação da implementação e desenvolvimento, o desempenho da Rede de Referência / Articulação no âmbito dos CAD deverá ser acompanhado e avaliado com base nos seguintes indicadores:

DESIGNAÇÃO	Divulgação da Rede de Referência / Articulação no âmbito dos CAD
OBJETIVO	Avaliar a disseminação da Rede entre os profissionais das estruturas envolvidas na Rede
FÓRMULA	$(n / N) \times 100$ <p>n1 = n.º de atividades de divulgação nas estruturas de Cuidados de Saúde Primários n2 = n.º de atividades de divulgação nas estruturas de Cuidados de Saúde Especializados n3 = n.º de atividades de divulgação nas estruturas de Cuidados de Saúde Hospitalares n4 = n.º de atividades de divulgação em outras estruturas N= total de atividades de divulgação</p>
FONTE DE INFORMAÇÃO	Manual
PERIODICIDADE	Semestral

Figura XVIII. Indicador 1 – Divulgação da Rede

DESIGNAÇÃO	Distribuição de ações de formação aos profissionais sobre a Rede de Referência / Articulação no âmbito dos CAD
OBJETIVO	Identificar a formação no âmbito da Rede aos profissionais das estruturas envolvidas na Rede
FÓRMULA	$(n / N) \times 100$ <p>n1 = n.º de ações de formação aos profissionais das estruturas de Cuidados de Saúde Primários n2 = n.º de ações de formação aos profissionais das estruturas de Cuidados de Saúde Especializados n3 = n.º de ações de formação aos profissionais das estruturas de Cuidados de Saúde Hospitalares n4 = n.º de ações de formação aos profissionais de outras estruturas N= total de ações de formação</p>
FONTE DE INFORMAÇÃO	Manual
PERIODICIDADE	Semestral

Figura XIX. Indicador 2 – Distribuição de ações de formação sobre a Rede

DESIGNAÇÃO	Acompanhamento da implementação da Rede de Referênciação / Articulação no âmbito dos CAD
OBJETIVO	Acompanhar o desenvolvimento da Rede
FÓRMULA	$(n/N) \times 100$ n = n.º de atividades realizadas N = n.º de atividades previstas
FONTE DE INFORMAÇÃO	Manual
PERIODICIDADE	Semestral

Figura XX. Indicador 3 – Acompanhamento da Rede

DESIGNAÇÃO	Apresentação de Relatório de Desenvolvimento da Rede de Referênciação / Articulação no âmbito dos CAD
OBJETIVO	Avaliar o desenvolvimento da Rede
FÓRMULA	Grau de execução da atividade: Relatório
FONTE DE INFORMAÇÃO	Manual
PERIODICIDADE	Anual

Figura XXI. Indicador 4 – Apresentação de Relatório

No âmbito da prestação de cuidados propriamente dita, deverão ser definidos, através dos instrumentos contratuais, indicadores e metas específicas para cada tipologia de cuidados e permitir a introdução e o acompanhamento de instrumentos padronizados para o apoio clínico, a articulação e o desenvolvimento do controlo de gestão e da qualidade da prestação.

Assim, a articulação e o desempenho dos intervenores no âmbito da Rede de Referênciação / Articulação deverá ser continuamente monitorizado e avaliado numa perspetiva de melhoria contínua, nas suas diversas dimensões, com base nos seguintes indicadores:

DESIGNAÇÃO	Utentes rastreados no âmbito dos CAD, através da aplicação do AUDIT ou ASSIST
OBJETIVO	Identificar a proporção de utentes inscritos, a quem foi realizado rastreio no âmbito dos CAD
FÓRMULA	$(n/N) \times 100$ n = n.º de utentes rastreados no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários N= total de utentes inscritos
FONTE DE INFORMAÇÃO	A determinar
PERIODICIDADE	Semestral

Figura XXII. Indicador 5 – Utentes rastreados através da aplicação do AUDIT ou ASSIST

DESIGNAÇÃO	Utentes aos quais foram realizadas intervenções breves
OBJETIVO	Identificar a proporção de utentes rastreados, a quem foram realizadas intervenções breves na sequência dos resultados obtidos
FÓRMULA	$(n/N) \times 100$ n = n.º de utentes alvo de intervenções breves N= total de utentes rastreados
FONTE DE INFORMAÇÃO	A determinar
PERIODICIDADE	Semestral

Figura XXIII. Indicador 6 – Utentes alvo de Intervenção Breve

DESIGNAÇÃO	Tempo médio entre a referenciação e a 1ª consulta
OBJETIVO	Avaliar a capacidade de resposta das estruturas envolvidas na Rede
FÓRMULA	Valores médios dos intervalos entre a referenciação e a 1ª consulta
FONTE DE INFORMAÇÃO	A determinar
PERIODICIDADE	Semestral

Figura XXIV. Indicador 7 – Tempo médio entre a referenciação e a 1ª consulta

DESIGNAÇÃO	Distribuição de utentes com continuidade de cuidados na estrutura referenciadora
OBJETIVO	Identificar o retorno dos utentes referenciados
FÓRMULA	$(n/N) \times 100$ <p> n1 = n.º de utentes com continuidade de cuidados nas estruturas de Cuidados de Saúde Primários n2 = n.º de utentes com continuidade de cuidados nas estruturas de Cuidados de Saúde Especializados n3 = n.º de utentes com continuidade de cuidados nas estruturas de Cuidados de Saúde Hospitalares n4 = n.º de utentes com continuidade de cuidados nas outras estruturas N= total de utentes com continuidade de cuidados </p>
FONTE DE INFORMAÇÃO	A determinar
PERIODICIDADE	Semestral

Figura XXV. Indicador 8 – Distribuição de utentes com continuidade de cuidados

V. GLOSSÁRIO

Abstinência

Corresponde à abstenção do consumo de substâncias ou (particularmente) de bebidas alcoólicas. 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) CID₁₀*, 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 substâncias que não provocam dependência

É definido na CID₁₀ 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, crônica 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 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 crônicas, 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.*

É um termo de uso muito variado e não é usado na CID₁₀.

Bebida padrão

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 co-ocorrência 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, como por exemplo: jogo, internet, relações sexuais, compras, etc. envolvendo também um potencial de prazer.

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 16 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 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 será inferior a 20g de álcool por dia, cinco dias da semana, considerando pelo menos dois dias sem consumos.

A nível nacional, os valores considerados de baixo risco apresentados para o adulto saudável não devem exceder, por dia e repartidos pelas duas principais refeições, 16g de álcool na mulher e 24g de álcool no homem.

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 CID₁₀.

**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 quer na saúde física quer na saúde 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 Classificação de Perturbações Mentais e de Comportamento da CID₁₀, 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 CID₁₀ para o consumo de substâncias nocivo 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 CID₁₀, 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 um 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.

Deteção precoce Vide Intervenção precoce

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.

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 CID₁₀ 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 Indicada A 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 abrangê-los com intervenções específicas, para que reduzam os seus consumos e/ou reduzam a gravidade do consumo e diminuam os riscos associados.

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, e que 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.

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, 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 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 alvo 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 e da família ou envolventes e o seu prognóstico.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM-IV-TR*. 4ª ed. Lisboa: CLIMEPSI.

Anderson, P., Gual, A., Colom, J. (2005). *Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions*. Barcelona: PHEPA e Department of Health of the Government of Catalonia. Na versão traduzida e adaptada para português por Ribeiro, C. (coord.); Maio, I.; Nunes, C. e Rosário, F. (2012). *Álcool e Cuidados de Saúde Primários – Recomendações Clínicas para a Detecção e Intervenções Breves*. Lisboa: APMGF e SICAD. Disponível em: http://www.apmgf.pt/ficheiros/Orientacoes_final.pdf.

Balsa, C.; Vital, C. e Urbano, C. (2013). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral - Portugal 2012: Apresentação dos primeiros resultados*. Lisboa: CESNOVA. Disponível em: http://www.idt.pt/PT/Noticias/Documents/2013/INPG_CesNova_dados_preliminares_19_abril_2013.pdf.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental [CNSM] e Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] (2012). *Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência - Documento Técnico de Suporte*. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DOCUMENTO%20T%C3%89CNICO%20DE%20SUPORTE_RRH_PSIQ%20IA_VERS%C3%83O_%2023%20NOV.pdf.

Días del Peral, D. (coord.) et al. (2011). *Ansiedad, Depresión, Somatizaciones: Proceso Asistencial Integrado*. 2ª ed. Sevilla: Junta de Andalucía – Consejería de Salud. Disponível em: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csaud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/ansiedad_depresion_somatizaciones/ansiedad_depresion_somatizacion_2e.pdf.

Direção Geral da Saúde [DGS] (2004). *Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa: DGS. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/REDE%20DE%20REFERENCIA%C3%87%C3%83O%20DE%20PSIQUIATRIA%20E%20SA%C3%9ADE%20MENTAL.pdf>.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA] (2012). *Treatment demand indicator (TDI) Standard protocol 3.0 – Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries*. Lisboa: EMCDDA. Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/tdi-protocol-3.0>.

Ferreira-Borges, C.; Cunha Filho, H. (2007). *Intervenções breves: álcool e outras drogas: manual técnico e CD-ROM*. Lisboa: CLIMEPSI.

Generalitat de Catalunya – Departament de Salut (2006). *Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña*. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avalüció. Disponível em: <http://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/Drogodependencias/PDF3-35.pdf>.

Henry-Edwards, S. et al. (2003a). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Guidelines for use in Primary Care (Draft Version 1.1 for Field Testing)*. Genebra: WHO. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_The_ASSIST_Guidelines.pdf.

Henry-Edwards, S. et al. (2003b). *Brief intervention for substance use: Manual for use in Primary Care (Draft Version 1.1 for Field Testing)*. Genebra: WHO. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Brief_Intervention_for_Substance_Use.pdf.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. [IDT,I.P.] – Carapinha, L.; Andrade, P. V. (coord.) (2009a). *Guia de Apoio para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos*. Lisboa: IDT, I.P. Disponível em: <http://www.idt.pt/PT/Reinsercao/Documents/MIR.pdf>.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. [IDT,I.P.] (2009b). *Linhas Orientadoras para a Intervenção Social – manual de intervenção em reinserção*. Lisboa: IDT, I.P. Disponível em: <http://www.idt.pt/PT/Reinsercao/Documents/MIR.pdf>.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. et al. [IDT,I.P.] (2011). *Rede de Referência / Articulação para os Problemas Ligados ao Álcool*. Lisboa: IDT, I.P. Disponível em: http://www.diretorioalcohol.pt/rede/Paginas/O_que_e_a_Rede.aspx.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. [IDT,I.P.] (2012). *Relatório Anual 2011 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Lisboa: IDT,I.P. Disponível em: <http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Paginas/SituacaodoPais.aspx>.

Nunes, E. (2013). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012-2016*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?f=3&id=22514>.

Organización Mundial de la Salud [OMS] - Babor, T.F. e Higgins-Biddle, J. C. (2001). *Intervención Breve – Para el Consumo de riesgo y Perjudicial de Alcohol: un manual para la utilización em Atención Primaria*. Ginebra: OMS e Generalitat Valenciana. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf.

Organización Mundial de la Salud [OMS] - Babor, T.F.; Higgins-Biddle, J.C.; Saunders, J.B. e Monteiro, M.G. (2001). *AUDIT – Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol: pautas para su utilización em Atención Primaria*. Ginebra: OMS e Generalitat Valenciana. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011a). *Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias – Manual para uso en la atención primaria*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_intervention_spanish.pdf.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011b). *La prueba de detección de consume de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): manual para uso en la atención primaria*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/index.html.

Patrício, L. D. (2002). *Droga para que se saiba*. Lisboa: Figueirinhas.

Servicio Galego de Saúde (2001). *Plan de Galicia sobre Drogas – Organização y funcionamiento de la red asistencial*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia – Consellería de Sanidade. Disponível em: <http://www.sergas.es/gal/Publicaciones/Docs/Drogodependencias/PDF3-35.pdf>.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD] (2013). *Plano Estratégico 2013-2015*. Lisboa: SICAD. Disponível em: http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Documents/2013/PE_2013_2015.pdf.

Springer, J. F. e Phillips, J. [IOM] (n.d.). *The Institute of Medicine Framework and its Implication for the Advancement of Prevention Policy, Programs and Practice*. Washington: IOM. Disponível em: http://www.ca-sdfsc.org/docs/resources/SDFSC_IOM_Policy.pdf.

United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] (2003). *Drug Abuse Treatment and Rehabilitation: a Practical Planning and Implementation Guide*. New York: United Nations – UNODOC. Disponível em: http://www.unodc.org/pdf/report_2003-07-17_1.pdf.

World Health Organization [WHO] (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID₁₀: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: ARTMED.

World Health Organization [WHO] (1994). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms (versão em espanhol)*. Genebra: WHO. Na versão traduzida e adaptada para espanhol por Aguado, I. (coord.) et al. (2008). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_ladt/en/index.html.

World Health Organization [WHO] - ASSIST Working Group (2002). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility*. Genebra: WHO. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/index.html.

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES	Agrupamento(s) de Centros de Saúde
AD / CD	Área(s) de Dia / Centro(s) de Dia
ARS, I.P.	Administração(ões) Regional(ais) de Saúde, Instituto(s) Público(s)
ASSIST	<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i>
CAD	Comportamentos Aditivos e Dependências
CD	Centro(s) de Dia
CDT	Comissão(ões) para a Dissuasão da Toxicodependência
CID ₁₀	Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão
CPCJ	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CRI	Centro(s) de Respostas Integradas
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CT	Comunidade(s) Terapêutica(s)
DICAD	Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
DGS	Direção-Geral da Saúde
DSM-IV-TR	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 4ª edição – Texto Revisto
IB	Intervenção(ões) Breve(s)
IDT, I.P.	Instituto da Droga e da Toxicodependência, Instituto Público
IPSS	Instituição(ões) Particular(es) de Solidariedade Social
ISS, I.P.	Instituto da Segurança Social, Instituto Público
LSD	<i>Lyserg Säure Diäthylamid</i>
OMS / WHO	Organização Mundial de Saúde / World Health Organization

ONG	Organização(ões) Não Governamental(ais)
PNPCT	Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo
PNRCAD	Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências
PNRPLA	Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSM	Plano Nacional para a Saúde Mental
RRMD	Redução de Riscos e Minimização de Danos
SI	Sistema(s) de Informação
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SIM	Sistema de Informação Multidisciplinar
SLSM	Serviço(s) Local(ais) de Saúde Mental
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SUB	Serviço de Urgência Básica
UA	Unidade(s) de Alcoologia
UCC	Unidade(s) de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade(s) de Cuidados de Saúde Personalizados
UD	Unidade(s) de Desabilitação
UIL	Unidade(s) de Intervenção Local
ULS	Unidade(s) Local(ais) de Saúde
URAP	Unidade(s) de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade(s) de Saúde Familiar
USP	Unidade(s) de Saúde Pública

ANEXOS

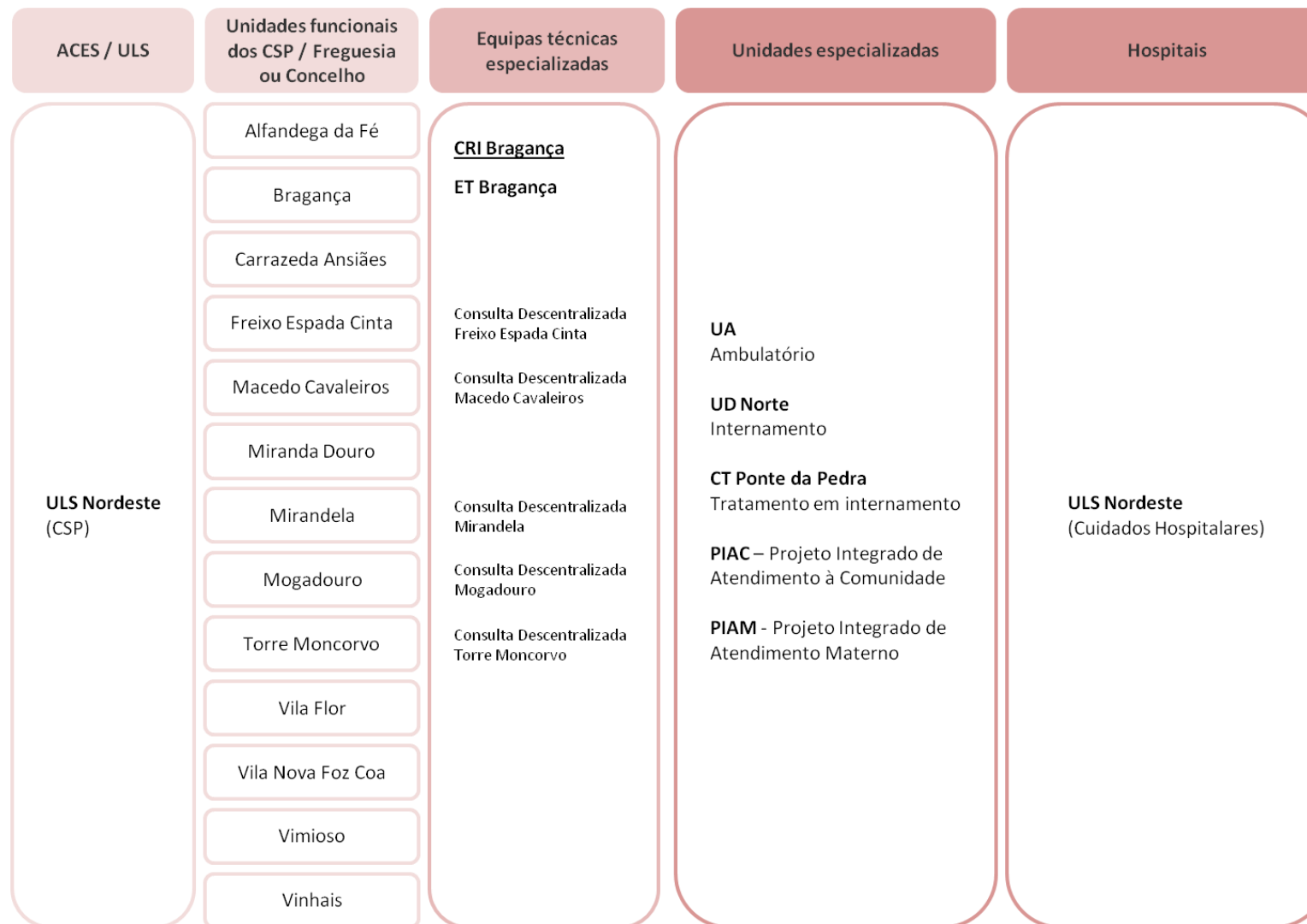
ANEXO I

CAPACIDADE INSTALADA NA REGIÃO DO NORTE

ACES / ULS	Unidades funcionais dos CSP / Freguesia ou Concelho	Equipas técnicas especializadas	Unidades especializadas	Hospitais
ULS Alto Minho (ACES)	Arcos Valdevez	<u>CRI Viana Castelo</u> ET Viana do Castelo	UA Ambulatório UD Norte Internamento CT Ponte da Pedra Tratamento em internamento PIAC – Projeto Integrado de Atendimento à Comunidade PIAM - Projeto Integrado de Atendimento Materno	Hospital Santa Luzia
	Caminha			
	Paredes Coura			
	Ponte de Lima			
	Ponte da Barca			
	Melgaço			
	Monção			
	Valença			
	Viana do Castelo			
	Vila Nova Cerveira	Consulta Descentralizada Valença		

ACES / ULS	Unidades funcionais dos CSP / Freguesia ou Concelho	Equipas técnicas especializadas	Unidades especializadas	Hospitais
ACES Barcelos/ Esposende	Barcelos Esposende	CRI Braga ET Braga ET Guimarães	UA Ambulatório UD Norte Internamento CT Ponte da Pedra Tratamento em internamento PIAC – Projeto Integrado de Atendimento à Comunidade PIAM - Projeto Integrado de Atendimento Materno	Hospital de Braga
ACES Gerês/ Cabreira	Amares			
	Póvoa Lanhoso			
	Terras Bouro			
	Vieira Minho			
	Vila Verde			
ACES Braga	Braga			
ACES Alto Ave	Cabeceiras Basto			Centro Hospitalar Alto Ave
	Fafe			
	Guimarães			
	Vizela			
ACES Famalicão	Famalicão			Centro Hospitalar Médio Ave
ACES Baixo Tâmega	Celorico de Basto			Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

ACES / ULS	Unidades funcionais dos CSP / Freguesia ou Concelho	Equipas técnicas especializadas	Unidades especializadas	Hospitais
ACES Alto Tâmega e Barroso	Boticas	<u>CRI Vila Real</u> ET Chaves Consulta Descentralizada de Alijó ET Vila Real	UA Ambulatório UD Norte Internamento CT Ponte da Pedra Tratamento em internamento PIAC – Projeto Integrado de Atendimento à Comunidade PIAM - Projeto Integrado de Atendimento Materno	Centro Hospitalar Trás os Montes e Alto Douro
	Chaves			
	Montalegre			
	Ribeira da Pena			
	Valpaços			
	Vila Pouca Aguiar			
ACES Marão e Douro Norte	Alijó			Centro Hospitalar Trás os Montes e Alto Douro
	Mesão Frio			
	Sabrosa			
	Stª Marta Penaguião			
ACES Douro Sul	Vila Real			
	Armamar			
	Lamego			
	Moimenta da Beira			
	Sernancelhe			
	Tabuaço			
ACES Alto Ave	Tarouca			Centro Hospitalar Alto Ave
	Mondim de Basto			
ACES Baixo Tâmega	Resende			Centro Hospitalar Tâmega e Sousa



ACES / ULS	Unidades funcionais dos CSP / Freguesia ou Concelho	Equipas técnicas especializadas	Unidades especializadas	Hospitais	
ACES Porto Oriental	Paranhos	<u>CRI Porto Central</u> ET Cedofeita	<div>UA Ambulatório</div> <div>UD Norte Internamento</div> <div>CT Ponte da Pedra Tratamento em internamento</div> <div>PIAC – Projeto Integrado de Atendimento à Comunidade</div> <div>PIAM - Projeto Integrado de Atendimento Materno</div>	Hospital São João	
ACES Porto Ocidental	S. Nicolau			Centro Hospitalar do Porto	
	Cedofeita				
	Miragaia				
	Ramalde				
ACES Baixo Tâmega	Amarante	ET Vila Nova Gaia		Centro Hospitalar Tâmega e Sousa	
	Baião				
	Cinfães				
	Marco Canavezes				
ACES Gaia	Vila Nova gaia	Consulta Descentralizada Espinho		Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/ Espinho	
ACES Espinho/Gaia	Espinho				
ACES Aveiro/ Norte	Oliveira Azeméis				
	S. João Madeira				
	Vale Cambra				
ACES Feira/Arouca	Stª Maria Feira	ET Santa Maria Feira		Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga	
	Arouca				

ACES / ULS	Unidades funcionais dos CSP / Freguesia ou Concelho	Equipas técnicas especializadas	Unidades especializadas	Hospitais
ACES Grande Porto III Maia - Valongo	Valongo	CRI Porto Oriental Consulta Descentralizada Valongo ET Porto Oriental		Hospital São João
ACES Porto Oriental	Bonfim			
	Campanhã			
ACES Gondomar	Gondomar	ET Gondomar Consulta Descentralizada São Pedro Cova	UA Ambulatório UD Norte Internamento	Centro Hospitalar do Porto
ACES Porto Ocidental	Santo Ildefonso			
ACES Vale Sousa Norte	Lousada	Consulta Descentralizada Hospital Joaquim Urbano	CT Ponte da Pedra Tratamento em internamento PIAC – Projeto Integrado de Atendimento à Comunidade PIAM - Projeto Integrado de Atendimento Materno	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa
	Paços Ferreira			
	Felgueiras			
ACES Vale Sousa Sul	Castelo Paiva	ET Freamunde		
	Paredes			
	Penafiel			

ACES / ULS	Unidades funcionais dos CSP / Freguesia ou Concelho	Equipas técnicas especializadas	Unidades especializadas	Hospitais
ACES Porto Ocidental	Aldoar	<u>CRI Porto Ocidental</u> ET Porto Ocidental	UA Ambulatório UD Norte Internamento CT Ponte da Pedra Tratamento em internamento PIAC– Projeto Integrado de Atendimento à Comunidade PIAM - Projeto Integrado de Atendimento Materno	Centro Hospitalar do Porto
	Massarelos			
	Nevogilde			
	Foz Douro			
	Lordelo Ouro			
ACES Grande Porto III Maia-Valongo	Maia	ET Matosinhos Consulta Descentralizada Santo Tirso Consulta Descentralizada Trofa	Hospital São João	
ACES Póvoa Varzim/ Vila Conde	Póvoa Varzim			Centro Hospitalar Póvoa Varzim/Vila Conde
	Vila Conde			
ACES ULS Matosinhos	Matosinhos			Hospital Pedro Hispano
ACES Santo Tirso/ Trofa	Santo Tirso			Centro Hospitalar Médio Ave
	Trofa			

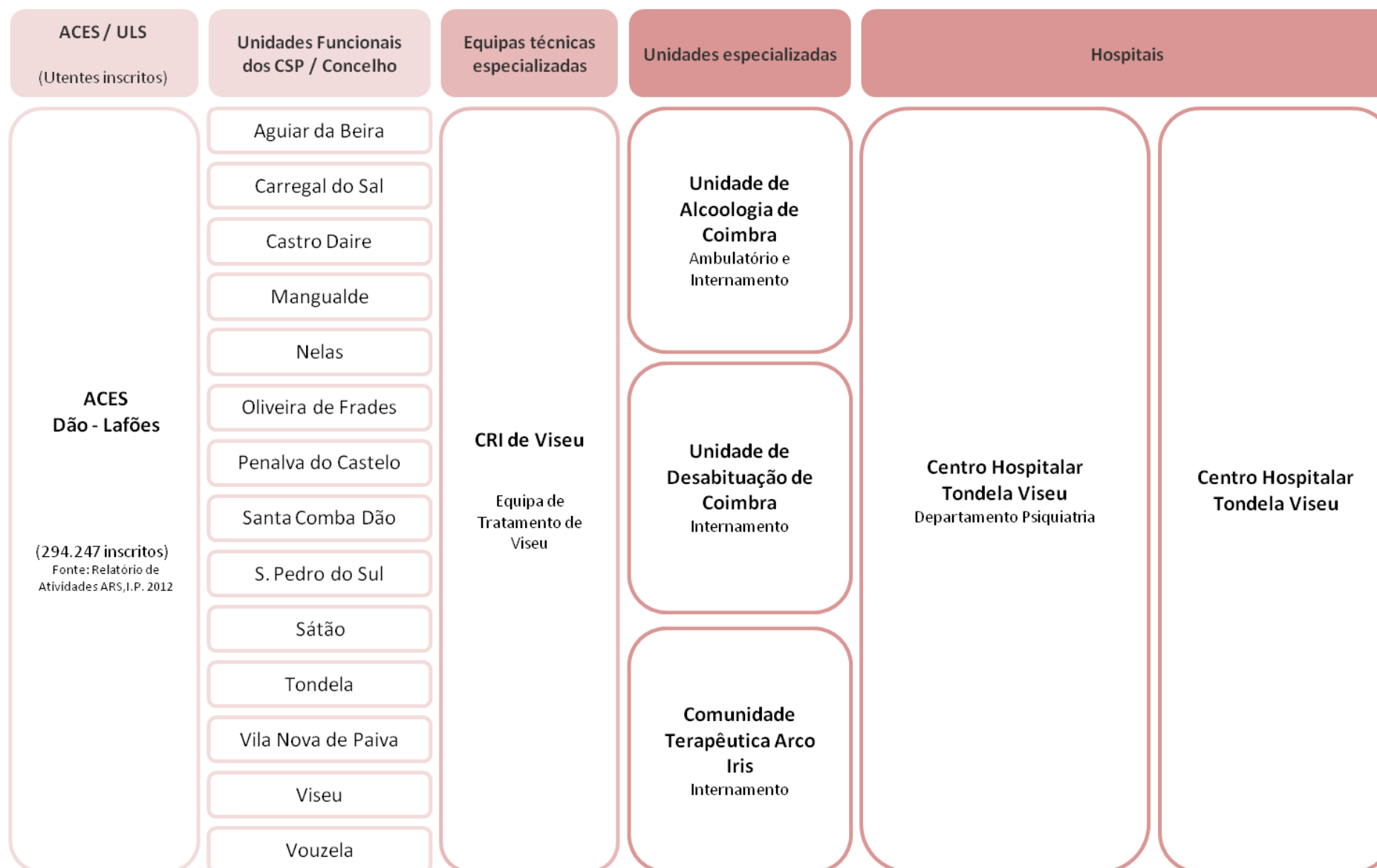
ANEXO II

CAPACIDADE INSTALADA NA REGIÃO DO CENTRO

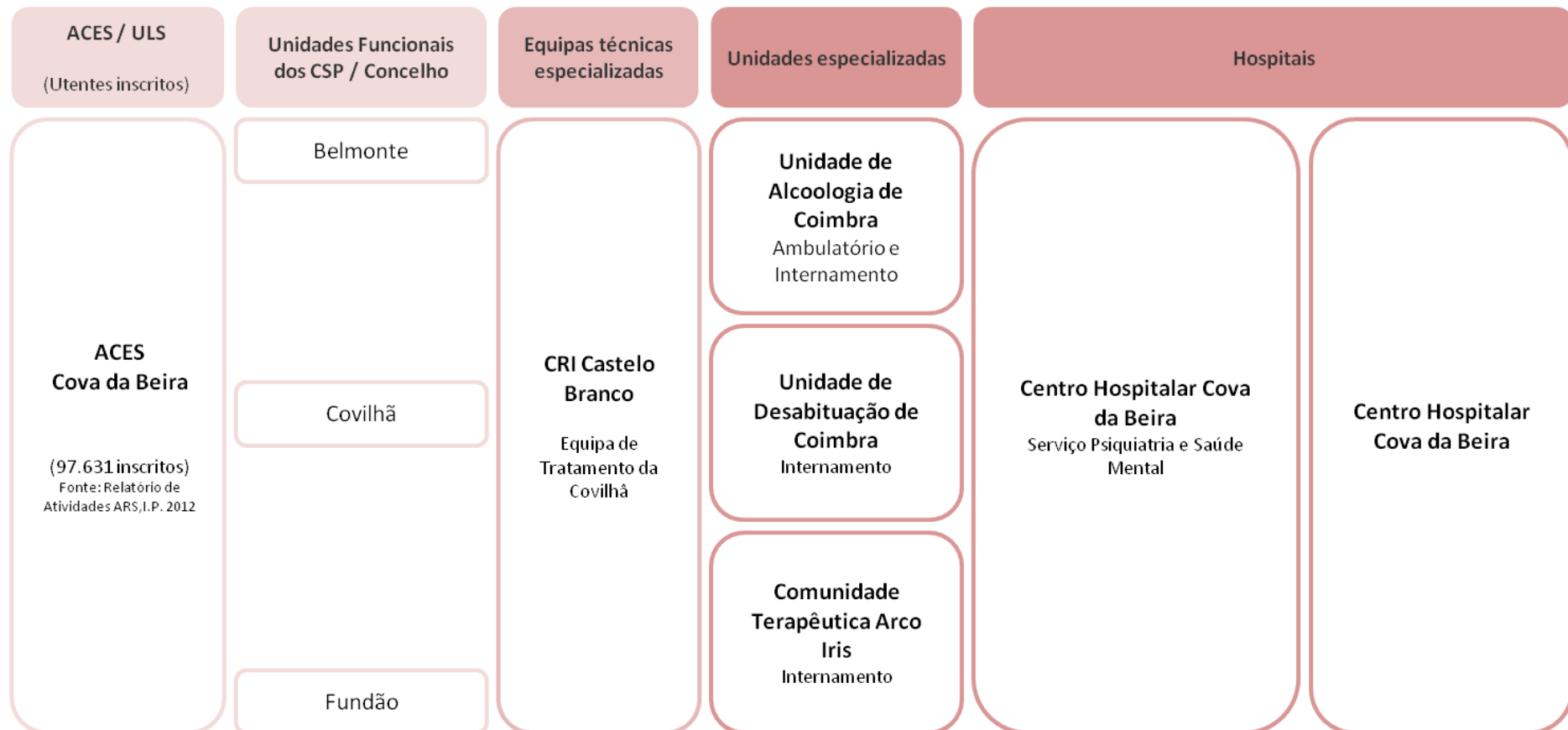
ACES / ULS (Utentes inscritos)	Unidades Funcionais dos CSP / Concelho	Equipas técnicas especializadas	Unidades especializadas	Hospitais	
ACES Baixo Vouga (404.813 inscritos) Fonte: Relatório de Atividades ARS, I.P. 2012	Águeda	CRI de Aveiro Equipa de Tratamento de Aveiro	Unidade de Alcoologia de Coimbra Ambulatório e Internamento	Centro Hospitalar Baixo Vouga Serviço Psiquiatria e Saúde Mental	Centro Hospitalar Baixo Vouga
	Albergaria-a-Velha				
	Anadia				
	Aveiro				
	Estarreja		Unidade de Desabilitação de Coimbra Internamento		
	Ílhavo				
	Murtosa		Comunidade Terapêutica Arco Iris Internamento		
	Oliveira do Bairro				
	Ovar				
	Sever do Vouga				
	Vagos				

ACES / ULS (Utentes inscritos)	Unidades Funcionais dos CSP / Concelho	Equipas técnicas especializadas	Unidades especializadas	Hospitais	
ACES Baixo Mondego (408.038 inscritos) Fonte: Relatório de Atividades ARS, I.P. 2012	Cantanhede	CRI de Coimbra Equipa de Tratamento de Coimbra	Unidade de Alcoologia de Coimbra Ambulatório e Internamento	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra	
	Coimbra				
	Condeixa-a-Nova				
	Figueira da Foz *	CRI de Coimbra * Equipa de Tratamento da Figueira da Foz		Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra Serviço Psiquiatria e Saúde Mental Unidade Patologia Dual	
	Mealhada		Unidade de Desabilitação de Coimbra Internamento		
	Mira	Unidade de Saúde Mental Litoral Norte Centro Saúde Cantanhede Ext. Mealhada			
	Montemor-o-Velho *			Hospital Distrital da Figueira da Foz	
	Mortágua	Unidade de Saúde Mental Litoral Sul Centro Saúde Figueira da Foz	Comunidade Terapêutica Arco Iris Internamento		
	Penacova				
	Soure *				

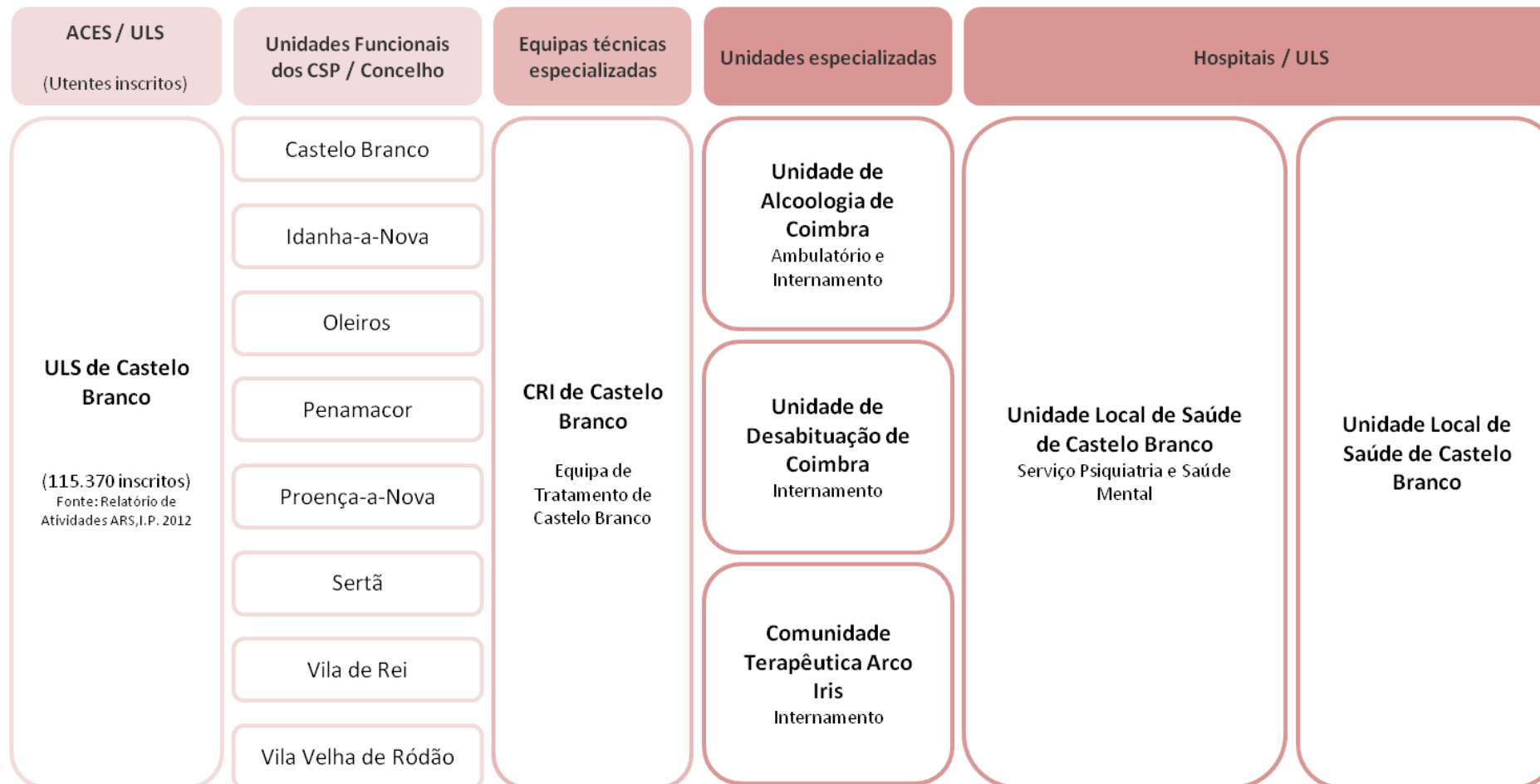
ACES / ULS (Utentes inscritos)	Unidades Funcionais dos CSP / Concelho	Equipas técnicas especializadas	Unidades especializadas	Hospitais	
ACES Pinhal Litoral (285.722 inscritos) Fonte: Relatório de Atividades ARS, I.P. 2012	Batalha	CRI de Leiria Equipa de Tratamento de Leiria	Unidade de Alcoologia de Coimbra Ambulatório e Internamento	Centro Hospitalar Leiria Pombal Serviço Psiquiatria	Centro Hospitalar Leiria Pombal
	Leiria				
	Marinha Grande *	CRI de Leiria * Equipa de Tratamento Marinha Grande	Unidade de Desabituação de Coimbra Internamento		
	Pombal **	CRI de Leiria ** Equipa de Tratamento de Pombal	Comunidade Terapêutica Arco Iris Internamento		
	Porto de Mós				



ACES / ULS (Utentes inscritos)	Unidades Funcionais dos CSP / Concelho	Equipas técnicas especializadas	Unidades especializadas	Hospitais	
ACES Pinhal Interior Norte (139.987 inscritos) <small>Fonte: Relatório de Atividades ARS, I.P. 2012</small>	Alvaiázere *	CRI de Coimbra Equipa de Tratamento de Coimbra	Unidade de Alcoologia de Coimbra Ambulatório e Internamento	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra Serviço Psiquiatria e Saúde Mental Unidade de Patologia Dual	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
	Ansião *				
	Arganil				
	Castanheira de Pera *	CRI de Leiria * Equipa de Tratamento de Pombal	Unidade de Desabilitação de Coimbra Internamento		
	Figueiró dos Vinhos *				
	Góis				
	Lousã	Unidade de Saúde Mental Pinhal Interior Centro Saúde Tábua; Centro Saúde Miranda Corvo	Comunidade Terapêutica Arco Iris Internamento		
	Miranda do Corvo				
	Oliveira do Hospital				
	Pampilhosa da Serra	Unidade de Saúde Mental Leiria Norte Centro Saúde Figueiró Vinhos			
	Pedrógão Grande *				
	Penela				
	Tábua				
	Vila Nova Poiares				



ACES / ULS (Utentes inscritos)	Unidades Funcionais dos CSP / Concelho	Equipas técnicas especializadas	Unidades especializadas	Hospitais / ULS	
ULS da Guarda (161.491 inscritos) Fonte: Relatório de Atividades ARS, I.P. 2012	Almeida	CRI da Guarda Equipa de Tratamento da Guarda	Unidade de Alcoologia de Coimbra Ambulatório e Internamento		
	Celorico da Beira				
	Figueira Castelo Rodrigo				
	Fornos de Algodres *				
	Gouveia *	CRI da Guarda * Consulta de Gouveia	Unidade de Desabilitação de Coimbra Internamento	Unidade Local de Saúde da Guarda Serviço Psiquiatria	Unidade Local de Saúde da Guarda
	Guarda				
	Manteigas				
	Meda				
	Pinhel				
	Sabugal		Comunidade Terapêutica Arco Iris Internamento		
	Seia *				
	Trancoso				



ANEXO III

CAPACIDADE INSTALADA NA REGIÃO DO ALENTEJO

ACES / ULS	Unidades Funcionais dos CSP / Freguesia ou Concelho	Equipas técnicas especializadas	Unidades especializadas	Hospitais
ACES Baixo Alentejo (125 000 Hab.)	Aljustrel	CRI de Baixo Alentejo e Alentejo Litoral Equipa de Tratamento de Beja (712 Ativos) Nº Médicos <ul style="list-style-type: none"> 1 (Ful Time) 1 (8 Horas) 1 (6 Horas) 1 (4 Horas) Nº Enfermeiros <ul style="list-style-type: none"> 5 (Ful Time) 2 (12 Horas) Nº Psicólogos - 3 (Ful Time) Nº T. S. Social - 2 (Ful Time) Nº Psicossociais - 2 (Ful Time)		ULSBA, E.PE./ Hospital José Joaquim Fernandes (Beja) • Consultas de Especialidade Médico / Cirúrgicas • Consulta de Psiquiatria / Saúde Mental • Consulta de Infeciologia
	Almodôvar			
	Alvito			
	Barrancos			
	Beja e USF Alfabeja			
	Castro Verde			
	Cuba			
	Ferreira do Alentejo			
	Mértola			
	Moura			
	Ourique			
	Serpa			
	Vidigueira			

ACES / ULS	Unidades Funcionais dos CSP / Freguesia ou Concelho	Equipas técnicas especializadas	Unidades especializadas	Hospitais
<p>ACES do Alentejo Litoral</p> <p>(100 000 Hab)</p>	<p>Alcácer do Sal</p> <p>Grândola</p> <p>Santiago do Cacém</p> <p>Sines</p> <p>Odemira</p>	<p>CRI de Baixo Alentejo e Alentejo Litoral</p> <p><i>Equipa de Tratamento do Alentejo Litoral</i> (317 Ativos)</p> <p>Nº Médicos 1 (8 Horas) 1 (4 Horas)</p> <p>Nº Enfermeiros 2 (Ful Time) 2 (20 Horas) 1 (8 Horas)</p> <p>Nº Psicólogos 3 (Ful Time)</p> <p>Nº T. S. Social 1 (Ful Time) 1 (18 Horas)</p> <p>Nº Psicossociais 2 (Ful Time)</p>		<p>ULSLA, E.PE./ Hospital do Litoral Alentejano</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas de Especialidade Médico / Cirúrgicas (Variável em relação a Ginecologia / Obstetria e Pediatria) • Não têm Consulta de Psiquiatria / Saúde Mental • Não têm Consulta de Infeciologia

ACES / ULS	Unidades Funcionais dos CSP / Freguesia ou Concelho	Equipas técnicas especializadas	Unidades especializadas	Hospitais
ACES do Alentejo Central I (60 889 Hab)	Alandroal	CRI de Évora Equipa de Tratamento de Évora (491 Ativos) Nº Médicos 1 (Full Time) 1 (36 Horas) 2 (8 Horas) Nº Enfermeiros 3 (Full Time) 1 (8 Horas) Nº Psicólogos 2 (Full Time) Nº T. S. Social 1 (Full Time) Nº Psicossociais 2 (Full Time)		Hospital do Espírito Santo • Consultas de Especialidade Médico/Cirúrgicas • Consulta de Psiquiatria/Saúde Mental • Consulta de Infeciologia
	Arraiolos			
	Borba			
	Estremoz			
	Mora			
	Redondo			
	Vila Viçosa			
ACES do Alentejo Central II (113 229 Hab)	Évora			
	Montemor-o-Novo			
	Vendas Novas			
	Portel			
	Reguengos de Monsaraz			
	Mourão			
	Viana do Alentejo			

ACES / ULS	Unidades Funcionais dos CSP / Freguesia ou Concelho	Equipas técnicas especializadas	Unidades especializadas	Hospitais
ACES São Mamede (76 245 Hab)	Alter do Chão	CRI de Portalegre Equipa de Tratamento de Portalegre (199 Ativos) Nº Médicos { 1 (20 Horas) 1 (18 Horas) 1 (14 Horas) Nº Enfermeiros { 1 (FullTime) 4 (8 Horas) Nº Psicólogos - 2 (FullTime) Nº T. S. Social - 1 (31 Horas) Nº Psicossociais 0	Utra - Unidade de Tratamento e Recuperação de Alcoólicos do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre	Hospital José Maria Grande • Consultas de Especialidade Médico / Cirúrgicas • Consulta de Psiquiatria / Saúde Mental • Consulta de Infeciologia
	Castel de Vide			
	Crato			
	Gavião			
	Marvão			
	Montargil			
	Nisa			
	Ponte Sôr			
	Portalegre			

ACES / ULS	Unidades Funcionais dos CSP / Freguesia ou Concelho	Equipas técnicas especializadas	Unidades especializadas	Hospitais
ACES do Caia (50 119 Hab)	Arronches	CRI de Portalegre Equipa de Tratamento de Elvas (191 Ativos) Nº Médicos 2 (6 Horas) 1 (17 Horas) 1 (2 Horas) Nº Enfermeiros 1 (Ful Time) 7 (8 Horas) Nº Psicólogos 2 (Ful Time) Nº T. S. Social 1 (4 Horas) Nº Psicossociais 1 (Ful Time)	Utra - Unidade de Tratamento e Recuperação de Alcoólicos do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre	Hospital Santa Luzia <ul style="list-style-type: none"> • Consultas de Especialidade Médico / Cirúrgicas • Consulta de Psiquiatria / Saúde Mental • Consulta de Infeciologia
	Avis			
	Monforte			
	Fronteira			
	Sousel			
	Campo Maior			
	Elvas			

ANEXO IV

CAPACIDADE INSTALADA NA REGIÃO DO ALGARVE

ACES / ULS	Unidades Funcionais dos CSP / Freguesia ou Concelho	Equipas técnicas especializadas	Unidades especializadas	Hospitais
ACES Algarve II Barlavento	Aljezur	CRI do Algarve ETE de Prevenção ETE de Tratamento do Barlavento ETE de Tratamento do Sotavento ETE de Reinserção ETE de Redução de Danos	UDA Unidade de Desabilitação do Algarve	CENTRO HOSPITALAR DO BARLAVENTO ALGARVIO, EPE (CHBA, EPE) • Serviços Locais de Saúde Mental • Serviços de Especialidades Médicas Hospitalares
	Lagoa			
	Lagos			
	Monchique			
	Portimão			
	Silves			
ACES Algarve I Central	Vila do Bispo			
	Albufeira			HOSPITAL DE FARO, EPE (HF, EPE) • Serviços Locais de Saúde Mental • Serviços de Especialidades Médicas Hospitalares
	Faro			
	Loulé			
	Olhão			
ACES Algarve III Sotavento	São Brás de Alportel			
	Alcoutim			
	Castro Marim			
	Tavira			
	Vila Real de Sto. Ant.			

ANEXO V

CAPACIDADE INSTALADA NA REGIÃO DE LISBOA E VALE DO TEJO

NÍVEL 1		NÍVEL 2	NÍVEL 3	
ACES - ARSLVT (População inscrita)	Centros de Saúde	CRICAD - ARSLVT	CRICAD - ARSLVT	HOSPITAIS DA ÁREA DE INFLUÊNCIA DA ARSLVT
Área geográfica				
LISBOA NORTE (215 157)	Alvalade		UA Ambulatório e Internamento	CHLN - Consulta de Psiquiatria (adultos) - Consulta de Psiquiatria da Infância e da Adolescência - Internamento (adultos) - Hospital de Dia - Serviço de Urgência Polivalente (com Psiquiatria, todos os dias, 24 horas)
<u>Área geográfica</u> Freguesias do Concelho de Lisboa:	Benfica		UD Centro das Taipas Ambulatório e Internamento	CHPL (NOTA 1)
Alvalade, Ameixoeira, Benfica, Campo Grande, Campolide, Carnide, Charneca, Lumiar, Nossa Senhora de Fátima, S. Domingos de Benfica, S. João de Brito e São Sebastião da Pedreira	Coração de Jesus	UD Centro das Taipas Tratamento em Consulta	CT do Restelo Tratamento em Internamento	
	Lumiar			
	Sete Rios			
LISBOA CENTRAL (247 964) (NOTA 2)	Alameda			
<u>Área geográfica</u> Freguesias do Concelho de Lisboa:	Graça	UD Centro das Taipas Tratamento em Consulta	UA Ambulatório e Internamento	CHPL Internamento de Adultos Consulta de Adultos Hospital de Dia (NOTA 1)
Alto do Pina, Anjos, Beato, Castelo, Coração de Jesus, Encarnação, Graça, Lapa, Madalena, Mártires, Marvila, Mercês, Pena, Penha de França, Prazeres, Sacramento, Sta. Catarina, Sta. Engrácia, Sta. Isabel, Sta. Justa, Sta. M.ª Olivais, Santiago, Sto. Estêvão, Santos-o-Velho, São Cristóvão e São Lourenço, São João, São João de Deus, São Jorge de Arroios, São José, São Mamede, São Miguel, São Nicolau, São Paulo, São Vicente de Fora, Sé e Socorro	Lapa		UD Centro das Taipas Ambulatório e Internamento	
	Luz Soriano		CT do Restelo Tratamento em Internamento	
	S. Mamede/St.ª. Isabel	CRI Lisboa Oriental ET de Xabregas Tratamento em Consulta		
	Marvila			
	Penha de França			
	S. João			
	Olivais			
LISBOA OCIDENTAL E OEIRAS (207 003)	Carnaxide	CRI de Lisboa Ocidental Eixo Oeiras /Cascais Consulta Laje	UA Ambulatório e Internamento	CHLO - Consulta de Psiquiatria (adultos) - Consultas de Psiquiatria da Infância e da Adolescência - Internamento de Psiquiatria (adultos) - Hospital de Dia - Serviço Urgência Polivalente (com Psiquiatria todos os dias) *
<u>Área geográfica</u> Concelho de Oeiras e freguesias do concelho de Lisboa - Ajuda, Alcântara, Santa Maria de Belém, Santo Condestável e São Francisco Xavier	Oeiras		UD Centro das Taipas Ambulatório e Internamento	CHPL (NOTA 1)
	Ajuda	UD Centro das Taipas Tratamento em Consulta	CT do Restelo Tratamento em Internamento	
	Alcântara			
	Santo Condestável			

NOTA 1: O CPHL/HJM tem internamento para doentes crónicos para a área de influência da ARSLVT, com exceção dos utentes da área da Península de Setúbal, que são referenciados para o CH de Setúbal (que tem Internamento de doentes crónicos).

NOTA 2: O ACES Lisboa Central referencia para 1ª consulta de Psiquiatria no CHPL.

NOTA 3: O CHLC não tem Consulta de Psiquiatria (adultos), tem apenas Pedopsiquiatria.

* A partir do dia 2 de setembro haverá concentração da Urg. Psiquiatria no CHLN, no período noturno, 20h – 08h.

NÍVEL 1		NÍVEL 2	NÍVEL 3	
ACES - ARSLVT (População inscrita)	Centros de Saúde	CRICAD - ARSLVT	CRICAD - ARSLVT	HOSPITAIS DA ÁREA DE INFLUÊNCIA DA ARSLVT
Área geográfica				
LOURES-ODIVELAS (394 459)	Loures (NOTA 4)	CRI de Lisboa Oriental - ET de Loures Tratamento em Consulta em Loures	HBA - Consulta de Psiquiatria (adultos) - Consulta de Psiquiatria da Infância e da Adolescência - Hospital de Dia - Internamento de Psiquiatria (adultos) - Serviço de Urgência Médico- Cirúrgico (com apoio de Psiquiatria, 08h-20h, dias úteis) (NOTA 4)	CHLN - Serviço de Urgência Polivalente (com Psiquiatria, todos os dias, 24 horas) CHPL - Consulta de Psiquiatria (adultos) (NOTAS 1 e 4) CHLC - Consulta de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (H. D. Estefânia) - Internamento da Infância e da Adolescência (H. D. Estefânia) (NOTA 4)
	Odivelas (NOTA 4)	CRI de Lisboa Oriental - ET de Loures Tratamento em consulta descentralizada em Póvoa de Sto. Adrião	UA Ambulatório e Internamento	
	Pontinha		UD das Taipas Internamento	
	Sacavém	CRI de Lisboa Oriental - ET de Xabregas	CT do Restelo Internamento	
AMADORA (205 731)	Amadora		UA Ambulatório e Internamento	CHLN - Serviço de Urgência Polivalente (com Psiquiatria, todos os dias, 24 horas) CHPL (NOTA 1)
	Reboleira	CRI de Lisboa Ocidental - ET da Amadora (Damaia) Tratamento em Consulta	UD das Taipas Internamento	
	Venda Nova	Unidade Móvel Amadora	CT do Restelo Internamento	
SINTRA (413 031)	Algueirão		HFF - Consulta de Psiquiatria (adultos) - Consulta de Pedopsiquiatria - Internamento de Psiquiatria (adultos) - Consultas comunitárias - Hospital de Dia - Serviço de Urgência Médico- Cirúrgico (com Psiquiatria, todos os dias) *	CHLN - Serviço de Urgência Polivalente (com Psiquiatria, todos os dias, 24 horas) CHPL - Consultas comunitárias (NOTA 1)
	Pêro Pinheiro			
	Rio de Mouro	CRI de Lisboa Ocidental - ET de Agualva/Cacém Tratamento em Consulta	UA Ambulatório e Internamento	
	Sintra	Unidade Móvel Amadora	UD das Taipas Internamento	
	Cacém		CT do Restelo Internamento	
	Queluz			

NOTA 4: As unidades do ACES Loures-Odivelas referenciam todas para o HBA, **exceto:** UCSP Bobadela, UCSP Moscavide, UCSP Prior Velho, UCSP Sta. Iria de Azoia, UCSP Sacavém, UCSP Sacavém-São João da Talha, Extensão Terraços da Ponte, USF São João da Talha, USF Tejo e USF Prior Velho. Estas unidades referenciam para 1ª Consulta de Psiquiatria no CHPL e de Pedopsiquiatria no CHLC (H. D. Estefânia).

NOTA 5: Para 1ª Consulta de Pedopsiquiatria, o HFF funciona como hospital complementar do CHLC (ambos recebem pedidos do ACES).

* A partir do dia 2 de setembro haverá concentração da Urgência de Psiquiatria no CHLN, no período noturno, 20h-08h.

NÍVEL 1		NÍVEL 2	NÍVEL 3		
ACES - ARSLVT (População inscrita)	Centros de Saúde	CRICAD - ARSLVT	CRICAD - ARSLVT	HOSPITAIS DA ÁREA DE INFLUÊNCIA DA ARSLVT	
Área geográfica					
CASCAIS (171 903)	Cascais	CRI de Lisboa Ocidental ET Eixo Oeiras/Cascais Tratamento em Consulta - Consulta de Adição em USF de Alcais - Alcabideche	UA Ambulatório e Internamento	HJA (Cascais) - Consulta de Psiquiatria (adultos) - Internamento de Psiquiatria (adultos) - Hospital de Dia - Serviço de Urgência Médico- Cirúrgico (com apoio de Psiquiatria, 08h-20h, dias úteis)	CHLO - Consultas de Psiquiatria da Infância e da Adolescência - Consultas comunitárias - Serviço de Urgência Polivalente (com Psiquiatria, todos os dias) *
	<u>Área geográfica</u> Concelho de Cascais	Parede	UD das Taipas Internamento CT do Restelo Internamento		CHPL (NOTA 1)
ESTUÁRIO DO TEJO (252 176)	Alhandra	CRI de Lisboa Oriental ET de Xabregas NAT de Vila Franca de Xira e Alverca Tratamento em Consulta (NOTA 6)		HVFX - Consulta de Psiquiatria (adultos) - Consulta de Psiquiatria da Infância e da Adolescência - Hospital de Dia - Internamento de Psiquiatria (adultos) - Serviço de Urgência Médico- Cirúrgico (com apoio de Psiquiatria, 08h-20h, dias úteis)	CHLC - Serviço de Urgência Polivalente (com Psiquiatria, todos os dias, 24h)
	Póvoa de Santa Iria		UA Ambulatório e Internamento		
	Vila Franca de Xira		UD das Taipas Internamento		CHPL (NOTA 1)
	Benavente		CT do Restelo Internamento		
	Azambuja	CRI de Lisboa Oriental ET de Xabregas Tratamento em Consulta e consultas descentralizadas			
	Arruda dos Vinhos				
	Alenquer				

NOTA 6: Os Núcleo de Apoio a Toxicodependentes (NAT) de Vila Franca de Xira e de Alverca são uma resposta de proximidade na área do tratamento para toxicodependentes da área do Concelho de Vila Franca de Xira, promovida por uma IPSS (financiada no âmbito do Programa Operacional de Respostas Integrada), em parceria, desde 2001, com a ET de Xabregas, os Centros de Saúde do Concelho de Vila Franca de Xira e a Câmara Municipal de Vila Franca de Xira.

* A partir do dia 2 de setembro haverá concentração da Urgência de Psiquiatria no CHLN, no período noturno, 20h-08h.

NÍVEL 1		NÍVEL 2	NÍVEL 3	
ACES - ARSLVT (População inscrita)	Centros de Saúde	CRICAD - ARSLVT	CRICAD - ARSLVT	HOSPITAIS DA ÁREA DE INFLUÊNCIA DA ARSLVT
Área geográfica				
ALMADA - SEIXAL (383 622)	Almada			
	Costa da Caparica	CRI de Península de Setúbal – ET de Almada Tratamento em Consulta em Almada	UA Ambulatório e Internamento	HGO - Consulta de Psiquiatria (adultos) - Consulta de Pedopsiquiatria - Consulta comunitária de Psiquiatria - Internamento (adultos) - Hospital de Dia - Serviço de Urgência Polivalente (com Psiquiatria no período das 10h às 22h, dias úteis) *
	Cova da Piedade		UD das Taipas Internamento	(NOTA 7)
	Amora	CRI de Península de Setúbal – ET de Almada Consulta descentralizada na Cruz de Pau	CT do Restelo Internamento	
	Corroios			
	Seixal			
ARCO-RIBEIRINHO (244 150)	Alcochete	CRI da Península de Setúbal ET do Barreiro Tratamento em Consulta - Consulta descentralizada no Centro de Saúde de Alcochete		
	Baixa da Banheira	ET do Barreiro Consulta descentralizada na USF do Vale da Amoreira	UA Ambulatório e Internamento	CH Barreiro - Montijo - Consulta de Psiquiatria (adultos) - Consulta de Pedopsiquiatria - Internamento (adultos) - Hospital de Dia - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (com Psiquiatria no período das 10h às 22h, todos os dias) *
	Barreiro	ET do Barreiro Consulta descentralizada no Centro de Saúde do Lavradio	UD das Taipas Internamento	
	Quinta da Lomba	ET do Barreiro Consulta descentralizada no Centro de Saúde da Moita	CT do Restelo Internamento	
	Moita			
	Montijo	ET do Barreiro Consulta descentralizada no Estabelecimento Prisional do Montijo Consulta descentralizada na Câmara Municipal do Montijo		
ARRÁBIDA (252 803)	Palmela	ET de Setúbal Tratamento em Consulta	UA Ambulatório e Internamento	CH de Setúbal - Consulta de Psiquiatria (adultos) - Consulta de Pedopsiquiatria - Internamento (adultos) - Hospital de Dia - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (com Psiquiatria no período das 10h às 22h, dias úteis) *
	Setúbal/ Bonfim	ET de Setúbal Consulta em Setúbal e Consulta descentralizada no IPDJ		(NOTAS 7 E 8)
	Setúbal/São Sebastião	ET de Setúbal Consulta em Setúbal e Consulta descentralizada no Estabelecimento Prisional de Setúbal	UD das Taipas Internamento	
	Sesimbra	ET do Barreiro Consulta descentralizada no Centro de Saúde de Sesimbra	CT do Restelo Internamento	

NOTA 7 : Aos Sábados, Domingos e Feriados (todo o dia) a urgência de Psiquiatria para a Península de Setúbal é efetuada no **CH Barreiro – Montijo**.

NOTA 8: O CH de Setúbal atende doentes em fase aguda da doença e tem internamento de doentes crónicos.

* A partir do dia 2 de setembro haverá concentração da Urgência de Psiquiatria no CHLC, no período noturno, 20h-08h.

NÍVEL 1		NÍVEL 2	NÍVEL 3	
ACES - ARSLVT (População inscrita)		CRICAD - ARSLVT	CRICAD - ARSLVT	HOSPITAIS DA ÁREA DE INFLUÊNCIA DA ARSLVT
Área geográfica				
OESTE NORTE (171 454) <u>Área geográfica</u> Concelhos de: Alcobaça Bombarral Caldas da Rainha Nazaré Óbidos Peniche	Alcobaça			
	Bombarral	Extensão da ET Caldas da Rainha – Consulta da Nazaré		
	Caldas da Rainha	Tratamento em Consulta Consulta nas Caldas da Rainha	UA Ambulatório e Internamento	CHO - Consulta de Psiquiatria (adultos) - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (não tem psiquiatria, sendo a urgência de psiquiatria efetuada no CHLN)
	Óbidos		UD das Taipas Internamento	CHLN - Consulta de Pedopsiquiatria - Consulta de Psiquiatria - Internamento (adultos) - Hospital de Dia - Serviço de Urgência Polivalente (Psiquiatria todos os dias, 24 horas)
	Nazaré	Consulta descentralizada de Peniche, na Nazaré	CT do Restelo Internamento	CHPL (NOTA 1)
	Peniche	Consulta descentralizada de Peniche, em Peniche		
OESTE SUL (198 275) <u>Área geográfica</u> Concelhos de: Cadaval Lourinhã Torres Vedras Sobral de Monte Agraço Mafra Torres Vedras	Cadaval			
	Lourinhã			
	Torres Vedras		UA Ambulatório e Internamento	CHO - Consulta de Psiquiatria (adultos) - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (não tem psiquiatria, sendo a urgência de psiquiatria efetuada no CHLN)
	Sobral de Monte Agraço (NOTA 10)	ET de Torres Vedras Tratamento em Consulta	UD das Taipas Internamento	HBA - Consulta de Psiquiatria - Consulta de Psiquiatria da Infância e da Adolescência - Hospital de Dia - Internamento de Psiquiatria - Serviço Urgência-Médico-Cirúrgico, com apoio Psiquiatria, 8h-20h, dias úteis (NOTA 10)
	Mafra (NOTA 10)		CT do Restelo Internamento	CHLN - Consulta de Pedopsiquiatria - Consulta de Psiquiatria - Internamento (adultos) - Hospital de Dia - Serviço de Urgência Polivalente (Psiquiatria todos os dias, 24 horas) (NOTA 9) CHPL - Consultas de Psiquiatria - Consultas comunitárias em Torres Vedras - Internamento (NOTA 11)

NOTA 9: Hospital de referência para 1ª consulta de Pedopsiquiatria de todos os locais do ACES Oeste Sul, com exceção do Concelho de Sobral de Monte Agraço e das freguesias de Malveira, Milharado e Venda do Pinheiro (Concelho de Mafra).

NOTA 10: Hospital de referência para 1ª consulta de Psiquiatria e 1ª consulta de Pedopsiquiatria para o Concelho de Sobral de Monte Agraço e para as freguesias de Malveira, Milharado, Santo Estêvão das Galés e Venda do Pinheiro, do Concelho de Mafra.

NOTA 11: Hospital de referência para 1ª consulta de Psiquiatria de todos os locais do ACES Oeste Sul, com exceção do Concelho de Sobral de Monte Agraço e das freguesias de Malveira, Milharado, Santo Estêvão das Galés e Venda do Pinheiro, do Concelho de Mafra.

NÍVEL 1		NÍVEL 2	NÍVEL 3		
ACES - ARSLVT (População inscrita)	Centros de Saúde	CRICAD - ARSLVT	HOSPITAIS DA ÁREA DE INFLUÊNCIA DA ARSLVT		
Área geográfica					
MÉDIO TEJO (247 894)	Alcanena				
	Entroncamento				
	Fátima				
	Ourém				
	Constância	ET de Abrantes Tratamento em Consulta			
	Ferreira do Zêzere				
	Mação		UA Ambulatório e Internamento	CHMT - Consulta de Psiquiatria (adultos) - Consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência - Internamento de Psiquiatria (adultos) - Hospital de Dia - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (com Psiquiatria, 9h-21h, todos os dias)	CHLC - Serviço de Urgência Polivalente
	Sardoal		UD das Taipas Internamento		
	Vila Nova da Barquinha		CT do Restelo Internamento		CHPL (NOTA 1)
	Torres Novas	ET de Abrantes Consulta em Abrantes Programa de Substituição de Opiáceos (no EP de Torres Novas) Consulta em extensão da ET de Abrantes (na UCC de Torres Novas) Consulta de Jovens e Adolescentes , (na USF de Nove Torres) ET de Abrantes Consulta em Abrantes Consulta de Jovens e Adolescentes, (no Centro de Saúde de Abrantes) ET de Abrantes Consulta em Abrantes Consulta de Jovens e Adolescentes, (na USF de Sta. Maria)			
LEZÍRIA (212 129)	Cartaxo				
	Golegã				
	Rio Maior	ET de Santarém Tratamento em Consulta	UA Ambulatório e Internamento	HDS - Consulta de Psiquiatria (adultos) - Consulta de Psiquiatria da Infância e Adolescência - Internamento de Psiquiatria (adultos) - Hospital de Dia - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (com apoio Psiquiatria, 8h-20h, dias úteis)	CHLC - Serviço de Urgência Polivalente
	Santarém	Consulta em Santarém	UD das Taipas Internamento		
	Almeirim	Consulta no IPDJ de Santarém			
	Alpiarça	Consulta no EP de Alcoentre	CT do Restelo Internamento		CHPL (NOTA 1)
	Chamusca	Consulta no EP de vale de Judeus			
	Coruche				
	Salvaterra de Magos				

ANEXO VI
AUDIT
Nome:
Data:

Questões / Pontuação		0	1	2	3	4
AUDIT C	1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?	<input type="checkbox"/> Nunca [caso assinale esta resposta, siga para as questões 9 e 10]	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
	2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?	<input type="checkbox"/> 1 ou 2	<input type="checkbox"/> 3 ou 4	<input type="checkbox"/> 5 ou 6	<input type="checkbox"/> De 7 a 9	<input type="checkbox"/> 10 ou mais
	3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para “curar” uma ressaca?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos	<input type="checkbox"/> 2 a 4 vezes por mês	<input type="checkbox"/> 2 a 3 vezes por semana	<input type="checkbox"/> 4 ou mais vezes por semana
9. Já alguma vez ficou ferido ou alguém ficou ferido por você ter bebido?	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim, mas não nos últimos 12 meses		<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim, mas não nos últimos 12 meses		<input type="checkbox"/> Sim, aconteceu nos últimos 12 meses

Total da Pontuação:

[o total expressa-se em valores entre 0 e 40]

ANEXO VII
ASSIST
Nome:
N.º 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, cigarilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 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, cigarilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 6
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 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, cigarilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 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, cigarilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 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, cigarilhas, etc.)	[esta questão não se aplica ao Tabaco]				
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 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, cigarilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 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, cigarilhas, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 6
j. Outras. [Especifique:]	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[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]

Cartão de Resposta do ASSIST
Substâncias
a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarilhas, 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 VIII

NORMAS E INFORMAÇÕES TÉCNICAS DA DGS RELATIVAS A PROBLEMAS LIGADOS AOS CAD

NORMA N.º 036/2012 DE 30/12/2012

Assunto Diagnóstico de Policonsumos em Adolescentes e Jovens

Para Profissionais do SNS

Nota Em discussão pública

NORMA N.º 035/2012 DE 30/12/2012

Assunto Abordagem da Intoxicação Alcoólica Aguda em adolescentes e Jovens

Para Médicos do SNS

Nota Em discussão pública

NORMA N.º 030/2012 DE 28/12/2012

Assunto Detecção precoce e Intervenção Breve no consumo excessivo do álcool no adulto

Para Profissionais do SNS

Nota Em discussão pública

NORMA N.º 027/2012 DE 27/12/2012

Assunto Abordagem terapêutica inicial da infeção por VIH tipo -1 em adultos e adolescentes

Para Médicos do SNS

Nota Em discussão pública

NORMA N.º 059/2011 DE 28/12/2011

Assunto Prescrição para Estudo Laboratorial da Infecção pelo Vírus da Hepatite C

Para Médicos do SNS

Nota Em audição e Teste de Aplicabilidade até 30 de abril de 2012

INFORMAÇÃO TÉCNICA N.º 05/2013 DE 04/02/2013

Assunto Intervenção dos serviços de Saúde do Trabalho no âmbito da prevenção do consumo de substâncias psicoativas em meio laboral

