



Rede de referência/ articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências

Edição 2025

ASSUNTO	A Rede de Referenciação e Articulação para os Comportamentos Aditivos e Dependências do ICAD, IP assume um papel central e regulador das relações de complementaridade e de apoio técnico entre todos os intervenientes na cadeia de prestação de cuidados, de forma a garantir o acesso dos cidadãos com problemas ligados aos CAD aos serviços de saúde especializados em CAD.
A QUEM SE DESTINA	Profissionais do ICAD, IP e outros profissionais que colaboraram na prestação de cuidados em CAD
PALAVRAS-CHAVE	Acessibilidade, articulação, complementaridade, comportamentos aditivos e dependências, níveis de risco, níveis de intervenção, deteção precoce, instrumentos de rastreio, intervenções breves, referenciação.
FORMATO	PDF

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

Rede de referenciação/ articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências

AUTOR

Graça Vilar

CO-AUTOR(ES)

K. Hoffmeister + A. Neto + A. Ribeiro, A. Dias, E. Abrantes + G. B. Martins + F. Bolas

COORDENAÇÃO

Graça Vilar

GRAFISMO

ICAD, IP / Gabinete de Tecnologias e Sistemas de Informação

CAPA

Imagem da edição de 2013 (<https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=487&languageId=1>)

EDITOR

Instituto para os Comportamentos Aditivos e Dependências, I.P., Lisboa 2025.

ISBN

978-989-36386-8-2

Como citar:

Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P. (2025). Rede de Referenciação/ Articulação no Âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências. <https://doi.org/10.71665/aj7t-e088>

REDE DE REFERENCIAÇÃO/ ARTICULAÇÃO NO ÂMBITO DOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DAS DEPENDÊNCIAS

ÍNDICE

ÍNDICE.....	4
1. NOTA INTRODUTÓRIA.....	7
2. ENQUADRAMENTO.....	8
3. METODOLOGIA.....	10
4. OBJETIVOS.....	11
5. PRINCÍPIOS.....	12
6. DESCRIÇÃO DA RRACAD	14
6.1. Comportamentos Aditivos: Níveis de Risco	15
6.2. Níveis de Intervenção	17
6.3. Arquitetura da Rede e Circuito do Utente	26
7. MODALIDADES E PROCEDIMENTOS DE REFERENCIAÇÃO.....	28
8. INSTRUMENTOS DE RASTREIO E INTERVENÇÕES BREVES	31
8.1. AUDIT.....	32
8.2. ASSIST	34
8.3. SOGS	37
8.4. IGDT-10.....	39
8.5. Intervenções Breves.....	40
9. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO.....	43
10. IMPLEMENTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA RRACAD	45
10.1. Divulgação da RRACAD.....	46
10.2. Implementação da RRACAD	46
10.3. Monitorização, Acompanhamento e Avaliação da RRACAD	49
Anexo 1: Ficha de Referência Consulta de Adolescentes e Jovens.....	56

Anexo 2: Ficha de Referência Polo/ Equipa de Tratamento	57
Anexo 3: Instrumento de Monitorização da RRACAD	58
Anexo 4: Carta de Compromisso.....	60
SIGLAS E ABREVIATURAS.....	63
BIBLIOGRAFIA.....	64

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura I - Nível de risco nos CAD	15
Figura II - Relação entre níveis de risco e níveis de intervenção no âmbito dos CAD	16
Figura III - Níveis de Intervenção em CAD	26
Figura IV - Fluxograma Global RRACAD	26
Figura V - Fluxograma RRACAD Adolescentes e Jovens	27
Figura VI - Fluxograma de Intervenção	31
Figura VII - Fluxograma de Aplicação do AUDIT	33
Figura VIII - Relação de Resultados, Níveis de Risco e Respetivas Intervenções no âmbito do AUDIT	33
Figura IX - Fluxograma de Aplicação do ASSIST	36
Figura X - Relação de Resultados, Níveis de Risco e Respetivas Intervenções no âmbito do ASSIST	36
Figura XI - Relação de padrão de consumo injetável e respetiva intervenção no âmbito do ASSIST	37

ÍNDICE DE INDICADORES

Indicador 1: Divulgação da Rede (Equipa Nacional).....	50
Indicador 2: Acompanhamento da implementação da RRACAD (Equipa Nacional)	50
Indicador 3: Apresentação de Relatório de Desenvolvimento da RRACAD (Equipa Nacional).....	50
Indicador 4: Ações de formação sobre a RRACAD (UIL-CAD).....	51
Indicador 5: Acompanhamento da implementação da RRACAD (UIL-CAD)	51
Indicador 6: Utentes referenciados para UIL-CAD/CSP.....	51
Indicador 7: Adolescentes e jovens referenciados para UIL-CAD/CSP	52

Indicador 8: Utentes referenciados para UIL-CAD/CSH	52
Indicador 9: Adolescentes e jovens referenciados para UIL-CAD/CSH.....	52
Indicador 10: Tempo médio entre a referência e a consulta de acolhimento na UIL-CAD (UIL-CAD) .	52
Indicador 11: % de Utentes que não comparecem ao acolhimento após a referência (UIL-CAD)	53
Indicador 12: % de utentes adultos rastreados para álcool, SPA ilícitas, gaming e gambling (CSP)	53
Indicador 13: % de utentes com comportamento aditivo de baixo risco/ risco moderado de álcool/ SPA ilícitas/ gaming/ gambling no adulto (CSP)	53
Indicador 14: % de utentes com comportamento aditivo de risco nocivo de álcool/ SPA ilícitas/ gaming/ gambling no adulto (CSP).....	54
Indicador 15: % de utentes adultos com provável dependência de álcool/ SPA ilícitas/ gambling/ gaming (CSP).....	54
Indicador 16: % de utentes com comportamento aditivo de baixo risco/ risco moderado de álcool/SPA ilícitas/ gaming/ gambling, alvo de intervenções breves (CSP)	54

1. NOTA INTRODUTÓRIA

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) depara-se, atualmente, com um conjunto diversificado de desafios que têm a sua origem nas alterações demográficas e sociais, mudanças nos padrões de doença, inovação tecnológica e mobilidade geográfica. Tendo presente os princípios do acesso e equidade em saúde, fundamentais no âmbito do SNS, e a necessidade de assegurar a universalidade dos cuidados de saúde a todos os cidadãos, importa que os diferentes intervenientes na cadeia de prestação de cuidados possam garantir cuidados de forma coordenada e articulada entre si, e com os restantes níveis de cuidados e demais parceiros.

Este documento pretende atualizar a Rede de Referência e Articulação para os Comportamentos Aditivos e Dependências (RRACAD) do ICAD, IP, assumindo um papel central e regulador das relações de complementaridade e de apoio técnico entre todos os intervenientes, de modo a garantir o acesso dos doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde, sustentado num sistema integrado de informação interinstitucional.

No seguimento da nova atribuição de competências, a reformulação e atualização desta Rede pretende ainda, potenciar o alargamento e integração da prestação de cuidados, em função das reais necessidades das populações, em matéria de comportamentos aditivos e dependências (CAD), integrando os diferentes intervenientes envolvidos no percurso do cidadão no sistema de cuidados, de forma a promover o acesso a cuidados e serviços diferenciados no âmbito dos comportamentos aditivos.

A RRACAD possui uma visão holística do conceito de intervenção em CAD, que preconiza a mobilização de outras intervenções, unidades e planos para esta Rede que, até ao momento, operavam de forma dispersa e por vezes desconexa, permitindo e apelando a que novos eixos de intervenção na articulação das respostas possam ser parte ainda mais ativa e integrante do sistema de cuidados no âmbito dos CAD, como é o caso das entidades que operam na área da Prevenção, da Redução de Riscos e Minimização de Danos, bem como a ação das Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência.

Neste âmbito, o presente documento constitui-se como uma base para a implementação e ativação da RRACAD, no qual estão definidos, nomeadamente:

- A arquitetura da RRACAD e o modelo organizacional dos serviços, definindo-se o circuito de referência dos utentes com CAD, de acordo com a avaliação de risco da sua situação;
- Os elementos da RRACAD e respetivas atribuições/ competências, por níveis de intervenção;
- Os instrumentos e modelos de intervenção a adotar;
- Os aspetos mais relevantes a desenvolver no âmbito dos Sistemas de Informação;
- O desenho para a implementação, acompanhamento e monitorização da RRACAD.

2. ENQUADRAMENTO

Por forma a atender aos novos desafios foi aprovado um novo modelo organizacional de resposta aos CAD, integrando as competências de planeamento, coordenação e intervenção (Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro).

O Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P. (ICAD, IP) sucede ao SICAD, assumindo-se como o organismo público responsável pela implementação do **Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências 2030 (PNRCAD 2030)**. A sua missão é prevenir e reduzir os comportamentos aditivos e as dependências, garantir o tratamento, a redução de riscos e minimização de danos, a reinserção social, bem como promover a capacitação, a investigação e a inovação nesta área.

O **Plano Estratégico do ICAD 2024–2026** estabelece, como vetores estruturantes da sua ação, os pilares *Empoderar, Cuidar e Edificar*, refletindo uma abordagem integrada e centrada no cidadão. O Plano destaca ainda a necessidade de construir uma nova identidade organizacional, reforçada por uma cultura de transparência, humanismo e pragmatismo, equidade e cooperação. Neste contexto, a atualização e ativação da Rede de Referência e Articulação é essencial na promoção do acesso a cuidados de saúde integrados e adequados às necessidades reais dos cidadãos com CAD.

A implementação desta rede está diretamente alinhada com os objetivos estratégicos definidos no PNRCAD 2030, nomeadamente:

- **Objetivo Geral 4** - Reforçar a equidade e igualdade de acesso a todos os serviços relacionados com CAD, independentemente da condição dos indivíduos (sexo, idade, etnia, língua, origem, religião, orientação sexual, identidade e expressão de género e características sexuais, situação judicial, condição social, económica ou outra), em todos os contextos.
 - **Objetivo Específico 8** - Disponibilizar e incrementar a acessibilidade a serviços de intervenção em CAD, suprimindo os obstáculos ao acesso a respostas assistenciais (prevenção indicada, RRMD, tratamento, reinserção social) promovendo respostas adaptadas e integradas (digitais, presenciais, rede de referência), baseadas na evidência científica e nas melhores práticas, de acordo com as necessidades biopsicossociais dos utentes com CAD.

- **Objetivo Geral 5** - Garantir a disponibilidade e a qualidade na prestação de serviços relacionados com CAD
 - **Objetivo Específico 12** - Garantir a qualidade na prestação de serviços e integração das respostas relacionados com CAD (especialização CAD).
 - **Objetivo Específico 18** - Garantir condições de logística adequada à prestação dos cuidados (recursos logísticos e humanos) nos diferentes níveis de intervenção.

Além disso, o ICAD, IP articula a sua ação com os principais instrumentos de política pública em saúde, como o **Plano Nacional de Saúde 2021–2030**, o **Plano Nacional para a Saúde Mental** e o próprio **PNRCAD 2030**, reforçando a coerência e a eficácia das respostas, devidamente alinhado com desenho atual de implementação do SNS, sustentado na política de integração de cuidados e no modelo de Unidades Locais de Saúde (ULS).

A consolidação desta rede e do novo modelo organizacional representam um passo decisivo na construção de um sistema de cuidados mais acessível, equitativo e centrado na pessoa, contribuindo para a redução das desigualdades e para a promoção de comunidades mais saudáveis e resilientes.

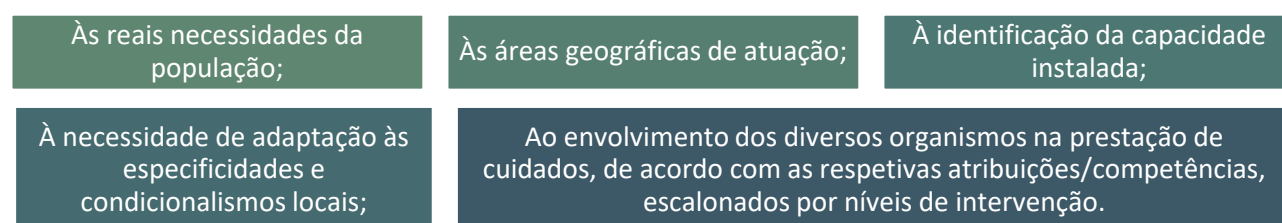
3. METODOLOGIA

A metodologia utilizada na atualização da RRACAD teve em consideração não só os princípios básicos que orientam a constituição destes dispositivos, como também outros fatores:

- As alterações promovidas pela criação do ICAD, IP;
- A constituição das Unidades Locais de Saúde e a sistematização do processo de referência de um conjunto diversificado de entidades parceiras (Tribunais, Direção-Geral da Reinserção e dos Serviços Prisionais; Forças Policiais; Instituto da Segurança Social, I.P.; Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco; Instituto de Emprego e Formação Profissional; Escolas e Instituições de Ensino Superior; Contexto laboral e comunidade em geral);
- O alargamento da definição do objeto da intervenção, de acordo com a evidência científica, integrando todos os comportamentos aditivos, 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, de onde se destacam os comportamentos aditivos de cariz comportamental.
- A integração das respostas no âmbito da prevenção indicada e intervenção precoce dirigidas aos adolescentes e jovens com problemas ligados aos CAD - Consultas de Adolescentes e Jovens (CAJ).

O desenho e implementação da RRACAD centra-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, complexidade e gravidade.

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



Foi da integração destes princípios que resultou o estabelecimento dos procedimentos metodológicos que, na articulação das suas diferentes fases e estruturas, permitirá reforçar a implementação e a ativação da RRACAD.

4. OBJETIVOS

A conceptualização de uma Rede de Referência e 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 níveis de gravidade e à complexidade real destes fenómenos.

Desta forma, a RRACAD procura:

Explorar complementaridades e sinergias, potenciando a especialização técnica e a melhoria da qualidade dos cuidados;

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 CAD;

Estruturar, por níveis diferenciados de intervenção, a articulação entre os diversos intervenientes no processo de cuidados dos cidadãos com CAD.

Garantir a interação / articulação entre os serviços que atendem cidadãos com CAD, desde a deteção precoce até à abordagem mais diferenciada, sustentada por um sistema integrado de informação interinstitucional.

Promover a coordenação e articulação de cuidados entre os diferentes parceiros e serviços de saúde, adaptada à especificidade local, regional e nacional, assegura que os cidadãos sejam encaminhados para os serviços mais adequados às suas necessidades, evitando lacunas no atendimento e melhorando a continuidade dos cuidados.

Facilitar a partilha e intercâmbio de informações entre os parceiros e profissionais de saúde para um diagnóstico preciso e um plano de tratamento eficaz, assegurando a continuidade de cuidados.

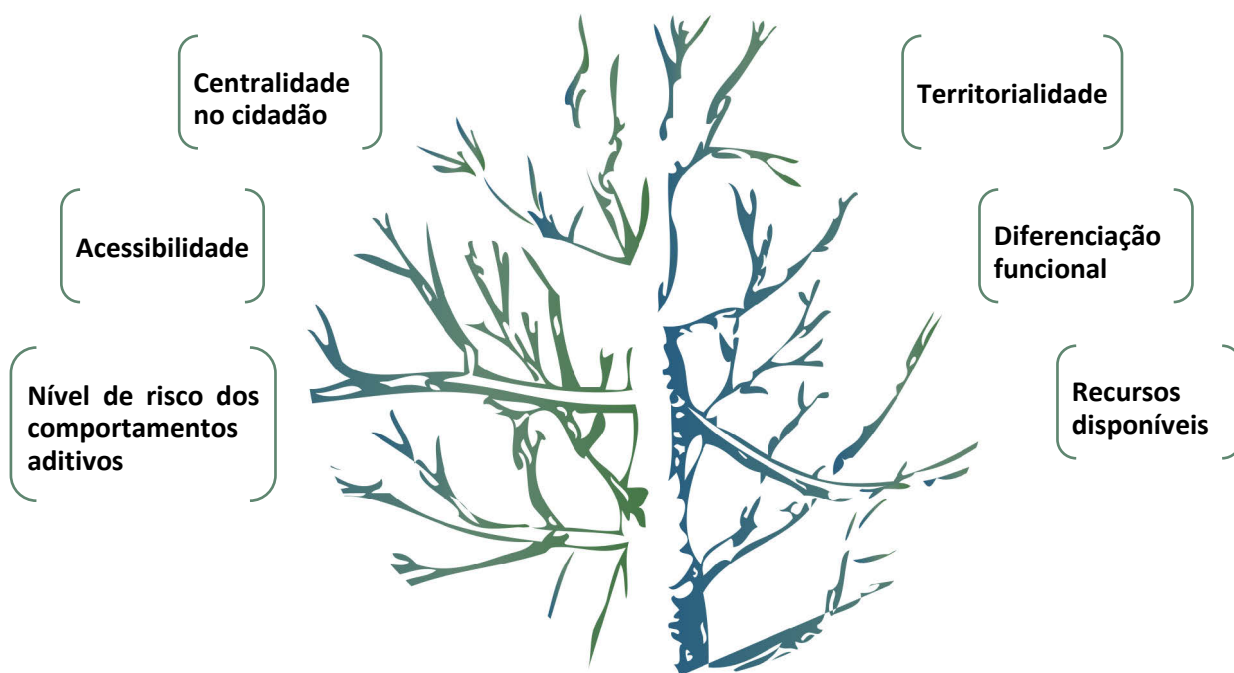
Sistemas de informação integrados, ou que permitam a interoperabilidade, garantem que a informação relevante esteja acessível a todos os intervenientes, facilitando a monitorização e ajuste.

Promover a intervenção multidisciplinar, uma vez que a colaboração entre diferentes especialistas proporciona uma abordagem holística ao tratamento dos comportamentos aditivos e dependências, oferecendo um suporte mais completo e personalizado ao cidadão.

Garantir a eficácia e eficiência pelo adequado funcionamento da RRACAD, permite assegurar uma coordenação entre os diferentes serviços, evitar redundâncias e duplicações de esforços, garantindo que os cidadãos recebam os cuidados certos no momento certo, melhorando os resultados em saúde e otimizando os recursos.

5. PRINCÍPIOS

A RRACAD 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 processo de tratamento, 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, contínua e o mais autónoma possível. Reforçando as medidas necessárias na facilitação e agilização dos processos de admissão aos serviços de saúde.

Nível de risco dos comportamentos aditivos

Os CAD podem apresentar-se de formas muito heterogéneas e manifestarem-se por uma significativa complexidade na natureza e risco dos problemas (saúde, familiares, sociais e legais) com eles relacionados. É, então, essencial que os CAD sejam avaliados pelo seu grau de risco, e não de forma polarizada, garantindo assim respostas especializadas de proximidade mais adequadas às necessidades dos cidadãos.

Territorialidade

Para a prossecução dos objetivos da rede de prestação de cuidados de saúde em CAD, 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 um terá um papel único e indispensável na construção e implementação das respostas 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 nacional, 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 agentes (individuais ou coletivos) que têm objetivos comuns e que, para a sua concretização, partilham e disponibilizam vários recursos (logísticos, financeiros, humanos, de conhecimento ou oportunidade).

6. DESCRIÇÃO DA RRACAD

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.

Os CAD constituem um fenómeno complexo, multifatorial e multidimensional, que inclui fatores genéticos, neurobiológicos, psicológicos, sociais e ambientais, caracterizados por comportamentos impulsivo-compulsivos recompensantes, associados ao uso de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, ou a comportamentos que não envolvam o uso de substâncias; a continuidade e a perseverança deste tipo de comportamentos, coexistindo com outros fatores neurobiológicos, psicológicos, genéticos ou ambientais, poderá evoluir para o ciclo de adição.

Estes comportamentos podem surgir em qualquer fase do ciclo de vida de um indivíduo, tendencialmente de evolução crónica, sujeitos a períodos de recaídas e de remissão, associando-se, muito frequentemente, a outras patologias físicas e/ou psíquicas e a riscos e danos variados. Assim se compreende a importância crucial da promoção da acessibilidade destes cidadãos a serviços especializados, de forma a ter acesso a respostas adequadas ao nível de gravidade dos seus problemas.

6.1. COMPORTAMENTOS ADITIVOS: NÍVEIS DE RISCO

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



Figura I – Níveis de risco nos CAD¹

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.

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

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

¹ **World Health Organization.** *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) – Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders.* Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://icd.who.int>

associadas a esse padrão disfuncional (comorbilidades) – As intervenções de **Nível II** destinam-se a comportamentos aditivos de risco moderado, risco nocivo ou dependência.

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



Figura II - Relação entre níveis de risco e níveis de intervenção no âmbito dos CAD²

De forma a avaliar os diferentes níveis de risco junto dos cidadãos com comportamentos aditivos (baixo risco, risco moderado e nocivo, e dependência) serão disponibilizados, através do Módulo de Inscrição Pública e da interoperabilidade entre o SIM e o SClínico, os seguintes instrumentos de rastreio preconizados no âmbito da RRACAD, descritos no capítulo 8:

- *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*
- *South Oaks Gambling Screen (SOGS - PV)*
- *The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*
- *Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10)*

² Adaptado de Springer, IOM - J.F. & Phillips, J. (n.d.), The Institute of Medicine Framework and its implication for the advancement of prevention policy, programs and practice. Washington: CARS e de Ferreira-Borges, C. e Cunha Filho, H. (2007), Intervenções Breves: Álcool e Outras Drogas – Manual Técnico, Lisboa: CLIMEPSI.

6.2. NÍVEIS DE INTERVENÇÃO

A RRACAD encontra-se estruturada em três níveis de intervenção, a seguir apresentados.

6.2.1. Nível de Intervenção I

No **Nível de Intervenção I** estão envolvidos os **Cuidados de Saúde Primários (CSP)**, os **Centros de Respostas Integradas (CRI)**, e as **Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT)**.

Os Cuidados de Saúde Primários estão integrados nas **Unidades Locais de Saúde (ULS)**, e são prestados à população geral pelas Unidades de Saúde Familiares (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). Estas Unidades dispõem de profissionais devidamente formados e habilitados para intervir junto dos cidadãos com comportamentos aditivos de baixo risco.

Na área dos CSP são de referir, ainda, as **Unidades de Saúde Pública (USP)**, coordenadas pelo Departamento de Saúde Pública da respetiva ULS, pela sua importância para as Comunidades Vulneráveis, que abrangem, entre outros, as pessoas migrantes (sazonais migrantes e não migrantes), refugiadas (incluindo crianças e jovens estrangeiras refugiadas não acompanhadas – CJMENA), comunidades ciganas, comunidades residentes em casas de acolhimento residencial (crianças e jovens em risco, vítimas de violência doméstica ou de tráfico de seres humanos), bem como outras populações identificadas pelas instituições como de especial vulnerabilidade.

As USP dispõem de Pontos Focais para as Comunidades Vulneráveis (PFCV). Estes pontos focais são responsáveis pela articulação com a equipa de saúde (médico/enfermeiro de família), com o Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida (PNPVCV) e com o Ponto Focal das UIL-CAD, de forma a apoiar a resolução de casos de maior complexidade e facilitar a comunicação e o encaminhamento dos mesmos.

No âmbito da rede do ICAD, IP, no **nível I** existem os **Centros de Respostas Integradas (CRI)** enquanto estruturas locais territorialmente definidas, nomeadamente as **Equipas Técnicas Especializadas de Prevenção**, que desenvolvem as intervenções de cariz universal e seletivo, direcionadas a intervir junto de grupos de indivíduos, em diversos contextos, para reforçar os fatores protetores e reduzir, ou delimitar, os efeitos dos fatores de risco relacionados com os comportamentos aditivos, através da promoção de competências pessoais, sociais e familiares.

As Consultas de Adolescentes e Jovens disponibilizam uma intervenção no âmbito da Prevenção Indicada e Intervenção Precoce, direcionadas a intervir junto de adolescentes e jovens que apresentem problemas ligados aos comportamentos aditivos e visam: **(1)** prevenir/adiar a experimentação precoce, evitar a passagem da experimentação ao uso nocivo/ abuso e à dependência, permitindo uma atuação precoce específica e focalizada; **(2)** Prevenir a utilização problemática da internet, Gaming e Gambling, e promover a utilização saudável dos ecrãs; **(3)** potenciar os fatores de proteção e reduzir fatores de risco associados aos comportamentos aditivos e às dependências.

Estas respostas dirigem-se a **adolescentes e jovens dos 12 aos 24 anos** (e respetivas famílias e/ou outros significativos) que apresentem fatores de risco (individuais, familiares, escolares e contextuais) que aumentam a probabilidade de desenvolver problemas relacionados com os CAD, e outros comportamentos de risco, podendo apresentar um padrão aditivo problemático ou de elevado risco, e /ou história recente de dependência, de acordo com os critérios para o diagnóstico de dependência do *Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, 5ª edição* (DSM 5) e da *Classificação Internacional de Doenças, 11ª revisão* (CID-11). Os adolescentes e jovens que apresentem critérios de dependência devem ser encaminhados para as Equipas de Tratamento, salvaguardando a relação terapêutica estabelecida.

As Consultas de Adolescentes e Jovens estão alicerçadas em equipas multidisciplinares, nas quais se privilegia uma abordagem global e integrada dos adolescentes e jovens, e se valoriza as intervenções de articulação com a comunidade, nomeadamente o trabalho de proximidade e em complementaridade com os Serviços de Saúde Mental da Infância e da Adolescência e os Serviços de Pediatria. Esta colaboração institucional deverá ser formalizada através da elaboração de protocolos de colaboração que estabeleçam os termos e as condições desta articulação de respostas em saúde.

O acesso às Consultas de Adolescentes e Jovens poderá ser efetuado de forma direta, através de pedido do próprio ou da família, ou através da referência efetuada por entidades da área da saúde, da justiça, da educação entre outras.

No âmbito da criação de uma Rede de Apoio a Crianças e Jovens com processos de promoção e de proteção foram designados interlocutores privilegiados (Pontos Focais para as Comunidades Vulneráveis (PFCV) das Unidades de Saúde Pública), de forma a assegurar respostas céleres, articuladas e eficazes no âmbito da saúde e do sistema de promoção e proteção. Estes pontos focais são responsáveis pela articulação com a equipa de saúde (médico/enfermeiro de família), com o Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida (PNPVCV) e com os Pontos Focais das UIL-CAD, de forma a apoiar a resolução de casos de maior complexidade e facilitar a comunicação e o encaminhamento dos mesmos.

As **Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência**³, no âmbito da sua missão, recebem cidadãos notificados pelas autoridades policiais, por se encontrarem a consumir, na posse e/ou a adquirir substâncias psicoativas ilícitas. A intervenção das CDT e posterior referência tem por base, entre outros, o rastreio do nível de risco face ao consumo de substância psicoativas ilícitas, de acordo com as Linhas Orientadoras para a Intervenção em Dissuasão (LOID)⁴. Os cidadãos avaliados como estando em situação de risco moderado/uso nocivo ou de alto risco face aos consumos e que necessitam e aceitam integrar uma resposta especializada na área dos CAD, as CDT efetuam a referência para as UIL- CAD.

6.2.2. Nível de Intervenção II

No **Nível de Intervenção II** estão envolvidos os **Cuidados de Saúde Hospitalares, os Cuidados de Saúde Especializados**, e as **Equipas Comunitárias de Saúde Mental** integradas nos **Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM)**.⁵

No âmbito da rede do ICAD, IP, no nível de intervenção II existem os **CRI** através das **Equipas Técnicas Especializadas** em CAD/ **Polos**, as **Unidades de Alcoologia** na sua vertente de **ambulatório**, e as **Comunidades Terapêuticas (CT)**.

A nível dos CRI, a referência de pessoas com comportamentos aditivos de risco moderado, nocivo ou de dependência poderá ser efetuada para as **Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento, de Reinserção ou de RRMD**, designadas por **Polos** (por envolverem Equipas Técnicas Especializadas de mais do que uma área de intervenção), que disponibilizam várias modalidades de programas de tratamento individualizado, com vista à manutenção da abstinência, à prevenção da recaída, à redução de danos e à reinserção social e familiar.

Às **Unidades de Alcoologia**, na sua vertente de **ambulatório**, compete prestar cuidados integrados, sob responsabilidade médica, a utentes com problemas de consumo nocivo e dependência de álcool, e apoiar a atividade de intervenção dos CRI na área de alcoologia, enquanto unidades especializadas; neste nível de intervenção compete-lhes, ainda, colaborar na intervenção preventiva sempre que solicitados pelas equipas dos CRI da respetiva área geográfica.

³ 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.

⁴ Disponível em <https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=467&languageId=1>

⁵ Cf. Art.º 18.º do Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro, disponível em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/113/2021/12/14/p/dre/pt/html>

Nas Unidades de Alcoologia podem coexistir outras modalidades no âmbito do tratamento com respostas adequadas às necessidades específicas dos utentes, em regime de ambulatório, tais como **Hospital de Dia**, enquanto estruturas de apoio ao tratamento ao nível do processo de desabitação alcoólica e gestão dos síndromes ligeiros de privação alcoólica, revestindo-se de grande importância em determinadas fases do processo terapêutico.

Os CRI e as Unidades de Alcoologia preconizam o Modelo de Intervenção Integrada, constituindo este o principal eixo da abordagem multidisciplinar em CAD, com o auxílio de diversos recursos terapêuticos, nomeadamente programas específicos de tratamento, redução de riscos e minimização de danos, 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.

O referido Modelo de Intervenção é desenvolvido por equipas multidisciplinares, nas **Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento** dos CRI e nas **Unidades de Alcoologia**, nas principais valências:

- Consultas de abordagem biopsicossocial;
- Acompanhamento psicoterapêutico com diferentes modelos conceptuais / Psicoterapias (individual ou em grupo);
- Consultas médicas;
- Consultas de enfermagem;
- Consultas na área social;
- Intervenção específica dirigida a pais, familiares ou outros significativos;
- Grupos no âmbito da Educação para a Saúde.

O processo de intervenção integrada inicia-se com a informação sobre a carteira de serviços, atribuição de um técnico de referência, e uma avaliação global e integral da situação do utente:

- Avaliação do motivo do pedido e da motivação para o tratamento;
- Diagnóstico em CAD e deteção de eventuais doenças orgânicas e / ou psiquiátricas, avaliação da necessidade de cuidados específicos saúde;
- Identificação precoce e prevenção da infeção VIH/Sida, substanciada através do **Programa ADR** – Aconselhamento, Diagnóstico e Referência;
- Rastreio de Hepatites víricas, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Tuberculose e outras patologias;
- Programas específicos de tratamento com opióides;
- Elaboração do Diagnóstico Social;
- Definição de um plano personalizado de tratamento.

A intervenção das **Equipas Técnicas Especializadas de Reinserção (ER)** 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.

Às ER compete a elaboração do diagnóstico social, a definição e negociação do Plano Individual de Inserção, bem como o seu acompanhamento sistemático e a sua avaliação, tendo por base o Modelo de Intervenção em Reinserção⁶. É também da responsabilidade destas equipas a articulação intra e interinstitucional e a mediação social e comunitária, assim como a promoção e o desenvolvimento de competências pessoais, familiares e sociais.

As **Equipas Técnicas Especializadas de Redução de Riscos e Minimização de Danos (ERRMD)** atuam numa lógica de parceria e complementaridade quer com as restantes Equipas Técnicas Especializadas, quer com as instituições promotoras de programas e estruturas sócio sanitárias de redução de riscos e minimização de danos.

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 redução de riscos e minimização de danos⁷, que visam abranger um maior número de utilizadores de substâncias psicoativas, 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;
- Equipas de Rua.

⁶ IDT (2009b). Disponível em <https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=1093&languageId=1>

⁷ 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.

De referir que estas estruturas e programas são de acesso direto à população em geral e aos cidadãos com CAD. A referência / encaminhamento poderá ser realizada por parte de todos os serviços interventores da presente RRACAD, sem prejuízo da existência de condições específicas de acesso e de adequabilidade da resposta às necessidades da pessoa⁸.

Ainda no âmbito dos Cuidados de Saúde Especializados, mas 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 **Comunidades Terapêuticas**. Os utentes acedem a estas estruturas por via de referência pelas Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento e pelas Unidades de Alcoologia, quando apresentam situações clínicas de maior complexidade, necessitando de uma resposta terapêutica em regime de internamento, devendo regressar, depois, ao serviço de origem.

As **Comunidades Terapêuticas (CT)** são Unidades de Internamento residencial, por períodos não inferiores a três meses, que promovem a intervenção psicoterapêutica, sócio terapêutica, o suporte farmacológico, apoio médico de clínica geral, e com supervisão de um médico pedopsiquiatra/psiquiatra, pretende-se dar resposta terapêutica a utentes de Nível II e III, e que apresentem algumas das seguintes características:

- Elevado grau de desestruturação psicológica, familiar e/ou social, que beneficiem de um afastamento do seu contexto natural de vida;
- Insucesso dos múltiplos tratamentos realizados em regime ambulatorio;
- Motivação para a mudança do estilo de vida;
- Situação judicial problemática (cumprimento alternativo de pena judicial).

O tratamento numa CT pretende promover a reabilitação do utente através do desenvolvimento de novas aptidões pessoais, familiares e sociais, que lhe permitam uma melhor reinserção social e familiar.

As Comunidades Terapêuticas dispõem de equipas multidisciplinares constituídas por médicos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros. Nas Unidades que desenvolvem programas específicos dirigidos a menores e adolescentes, a grávidas e a pessoas com comorbilidade, a equipa técnica deve ser ajustada às necessidades específicas da população a que dá resposta.

⁸ IDT (2009a).

O encaminhamento para Comunidade Terapêutica é da responsabilidade das Unidades 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.

Existem várias **Unidades Convencionadas com o ICAD, IP**, unidades privadas de saúde com ou sem fins lucrativos, como Comunidades Terapêuticas, Clínicas de Desabilitação e os Centros de Dia⁹, que se revelam importantes parceiros no tratamento e/ou reinserção de pessoas com CAD e que integram a RRACAD.

Os **Centros de Dia** são estruturas de apoio ao tratamento e à reinserção, com enfoque psicoterapêutico e socio terapêutico, em regime de ambulatório, revestindo-se de grande importância em determinadas fases do processo 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.

Em situações de comorbilidade psiquiátrica e/ou orgânica com indicação para cuidados especializados e diferenciados, poderá ser efetuada a referência para os **Serviços Locais de Saúde Mental (Equipas Comunitárias de Saúde Mental, Serviços Hospitalares de Psiquiatria), e Serviços hospitalares de Especialidades Médico-Cirúrgicas**.¹⁰

Às Equipas Comunitárias de Saúde Mental compete o desenvolvimento de programas integrados para patologia mental grave, programas de articulação com os Cuidados de Saúde Primários no âmbito das Perturbações Mentais graves, Programas de Apoio a Doentes Idosos, e Programas de Prevenção nas áreas da Depressão e Suicídio.

O acesso a estes serviços poderá ser efetuado pelas UIL-CAD ou através da referência dos CSP, ou por solicitação direta da pessoa e/ou familiar, podendo também aceder, às estruturas deste nível, os utentes referenciados pelos serviços hospitalares, nomeadamente serviços de urgência hospitalar ou ligados à saúde mental e outros, pelas 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., IEFP, I.P., Polícia de Segurança Pública, Guarda Nacional Republicana, Estabelecimentos Prisionais, entre outros.

⁹Cf. Decreto-Lei n.º 13/93, de 15 de janeiro, 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, e Despachos n.º 5517/23 e 4665/25.

¹⁰ 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.

6.2.3. Nível de Intervenção III

O **Nível de Intervenção III** engloba os **Cuidados de Saúde Especializados**, os **Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM)**, bem como os **Serviços de Especialidades Médico-cirúrgicas Hospitalares**.

No âmbito da rede do ICAD, IP, para além dos CRI, o nível de intervenção III engloba outras Unidades especializadas, designadamente as **Unidades de Desabilitação (UD)**, as **Unidades de Alcoologia** na vertente de **internamento**, e as **Comunidades Terapêuticas**.

Face à elevada frequência de comorbilidades psíquicas e físicas, 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 de grande diferenciação funcional, devidamente articuladas entre si.

Na abordagem dos problemas ligados ao álcool, as **Unidades de Alcoologia (UA)**, enquanto UIL-CAD 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, em regime de ambulatório e/ou internamento. A referência para a **Unidade de Internamento** das UA poderá ser efetuada pelas **Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento**, e em situações de elevada gravidade, através de referência direta por parte dos **CSP e Serviços Hospitalares**.

Para as **Unidades de Desabilitação (UD)** são referenciados os utentes das Unidades Especializadas que intervêm nos níveis II e III. A estas unidades compete realizar tratamentos de síndrome de privação em utentes dependentes de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, sob responsabilidade médica, em regime de internamento de curta duração, enquanto etapa do projeto terapêutico, e sempre que não sejam possíveis os tratamentos em ambulatório, com uma abordagem preferencial de tratamento psicofarmacológico, apoio psicoterapêutico e educação para a saúde.

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

- Tratamento eletivo da síndrome de privação de 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 de alta dose e transferência de programa de tratamento com metadona para buprenorfina de alta dose;
- Tratamento de comorbilidade psiquiátrica grave.

Habitualmente, os internamentos têm a duração média de 7 a 10 dias, podem ir até 20 dias em situações de comorbilidade.

A equipa de uma UD é multidisciplinar, e pode ser constituída por Psiquiatras, Médicos de Medicina Geral e Familiar, Psicólogos Clínicos, Assistentes Sociais, Enfermeiros, Técnicos Psicossociais e Assistentes Operacionais.

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**¹¹ o tratamento, em ambulatório e internamento, de doentes com CAD que, em termos clínicos, necessitem de uma resposta mais específica, por comorbilidade psiquiátrica grave.

Reveste-se de extrema importância a articulação de cuidados ao nível da Infância e Adolescência, com os Departamentos / Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental e Serviços de Pediatria, que integram os **Serviços / Unidades Funcionais / Consultas de Psiquiatria da Infância e da Adolescência**.¹²

Estes Serviços trabalham multidisciplinarmente, sendo constituídas por psiquiatras, pedopsiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros profissionais não médicos. Estes serviços, operam fundamentalmente no nível III, devem ainda assegurar a intervenção com doentes internados em serviços hospitalares de especialidades médico-cirúrgicas, sempre que seja detetada perturbação mental.

Aos **Serviços Hospitalares de Especialidades Médico-cirúrgicas** compete o tratamento, em ambulatório e internamento, de doentes com CAD que, em termos clínicos, necessitam de cuidados diferenciados e específicos em situações de gravidez, de doenças infecciosas, de comorbilidades orgânicas graves, entre outras (Rede de Referência Hospitalar).

Dadas as características específicas destas intervenções, a articulação entre serviços reveste-se de especial importância de forma a assegurar a manutenção do seu programa de tratamento em CAD.

Na figura III apresenta-se um quadro-resumo que interliga os níveis de risco dos comportamentos aditivos, os cuidados de saúde indicados, e os níveis de intervenção:

¹¹ Cf. Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro, disponível em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/113/2021/12/14/p/dre/pt/html>

¹² Cf. CNSM e ACSS, *Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência – Documento de Técnico de Suporte*, Lisboa, 2011.

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

Figura III - Níveis de Intervenção em CAD

6.3. ARQUITETURA DA REDE E CIRCUITO DO UTENTE

Apresentam-se, de seguida, os fluxogramas da RRACAD, que incluem a sua arquitetura e o circuito do utente, ilustrando os principais interventores por níveis de intervenção, assim como as estruturas referenciadoras.

O primeiro fluxograma diz respeito à Rede de Referênciação para o **cidadão com CAD**:

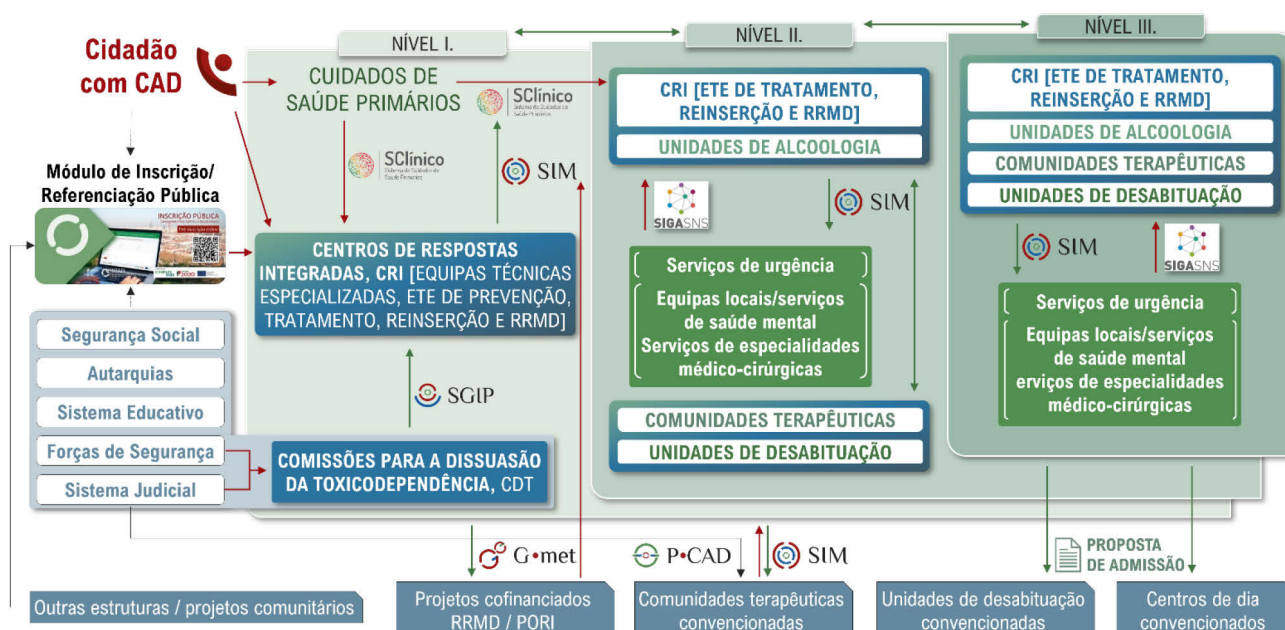


Figura IV - Fluxograma Global da RRACAD

O segundo fluxograma destina-se a **adolescentes e jovens com problemas ligados aos CAD (12 aos 24 anos)**:

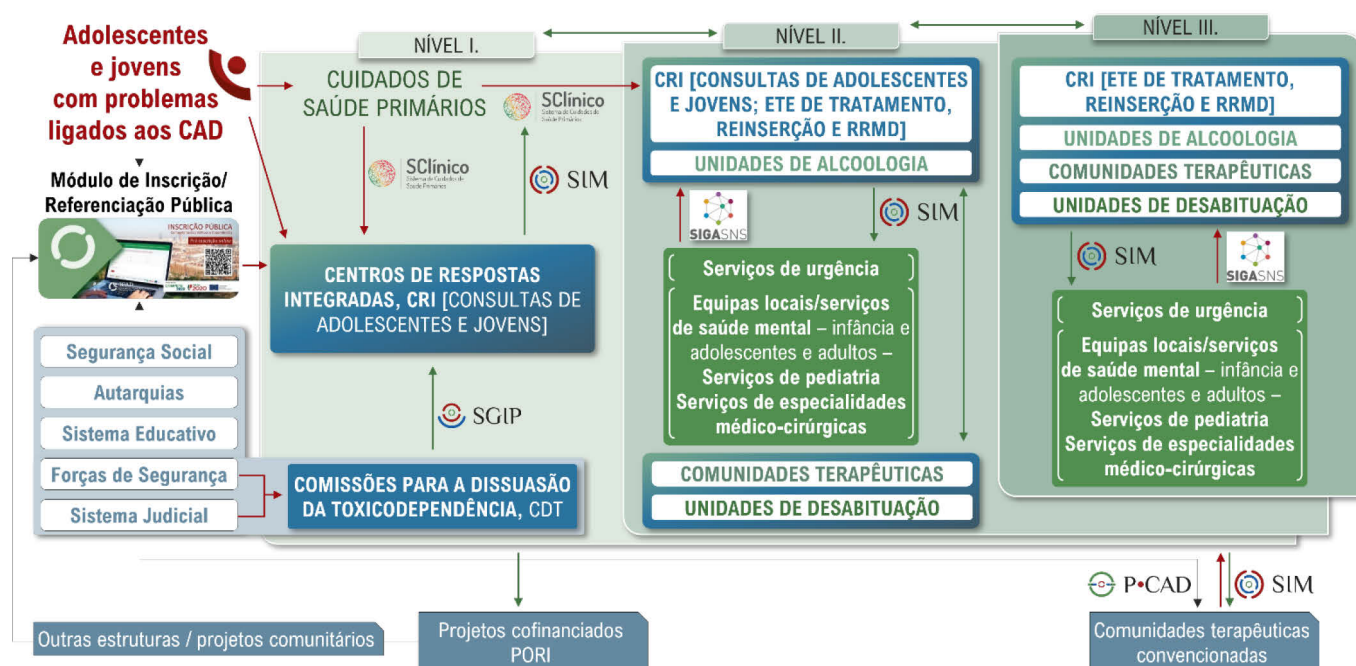


Figura V - Fluxograma da RRACAD Adolescentes e Jovens

Legenda Figuras IV e V

- Entrada do Cidadão nos Serviços CAD
- Referência entre Serviços de Saúde
- Referência para respostas convencionadas / entidades parceiras
- Referência de serviços externos à Saúde

7. MODALIDADES E PROCEDIMENTOS DE REFERENCIAÇÃO

A colaboração e articulação entre os diversos intervenientes e parceiros na RRACAD é fundamental, pois permite uma abordagem integrada e eficaz, garantindo que os cidadãos recebam os cuidados necessários e adequados às suas reais necessidades.

Para alcançar esse propósito, a RRACAD identifica e mobiliza um conjunto diversificado de parceiros e intervenientes, que a seguir se identificam, cujos esforços e trabalho desenvolvido se revelam essenciais ao adequado funcionamento da mesma, permitindo melhorar o acesso e garantir a adequada circulação do cidadão com problemas ligados aos CAD nos serviços de saúde.

- **O cidadão com CAD** – no centro de todo o processo, com necessidades específicas de saúde, está o cidadão com CAD, que pode procurar apoio, por sua iniciativa, de forma digital, recorrendo ao Módulo de Inscrição Pública do ICAD, IP, ou diretamente junto de qualquer Unidade de Intervenção Local para os Comportamentos Aditivos e Dependências (UIL-CAD).

Procedimentos de Referência: Módulo de Inscrição Pública¹³

O Módulo de Inscrição Pública é uma plataforma de registo aberta ao cidadão, que permite simplificar e agilizar o acesso a respostas de tratamento dos CAD, eliminando a necessidade de deslocação, numa primeira fase, aos serviços, através do preenchimento online do formulário de pré-inscrição e preenchimento de protocolo de avaliação do risco para os comportamentos aditivos (facultativo).

1. **ENTIDADES REFERENCIADORAS NÃO PERTENCENTES À ÁREA GOVERNATIVA DA SAÚDE** – conjunto diversificado de parceiros que poderão contactar com o cidadão com CAD e referenciá-lo, dos quais se destacam:

- Instituto de Segurança Social, IP
- Sistema Judicial (Tribunais, Ministério Público, DGRSP)
- Sistema de Promoção e Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ, EMAT¹⁴)
- Sistema Prisional
- Forças Policiais
- Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ)
- Sistema Educativo

¹³ <https://inscricao publica.icad.min-saude.pt/InscricaoPublicaCAD/>

¹⁴ **Núcleo de Assessoria Técnica ao Tribunal – Promoção e Proteção.** (NATT-PP) que integra o Núcleo de Infância e Juventude (NIJ) da SCM no concelho de Lisboa

- Instituto de Emprego e Formação Profissional, I.P.
 - Autarquias
 - Outras Estruturas/Projetos Comunitários
- Núcleos de Planeamento e Intervenção Sem Abrigo (NPISA)
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

Procedimentos de Referência: Módulo de Inscrição Pública¹⁵

O Módulo de Inscrição Pública permite que qualquer instituição pública ou privada, mediante consentimento do cidadão, possa referenciar para o ICAD, IP. Nas situações de articulação onde a referência por via informática não seja possível, privilegia-se a referência via online, através da submissão da **Ficha de Referência** (anexos 1 e 2) numa área privada (devidamente autenticada) da página da internet institucional do ICAD, IP.

2. ENTIDADES REFERENCIADORAS PERTENCENTES À ÁREA GOVERNATIVA DA SAÚDE – conjunto de equipas/serviços de saúde que contactam com o cidadão com CAD, de onde se destacam:

- Cuidados de Saúde Primários
- Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM) e Serviços Locais de Saúde Mental
- Equipas Comunitárias de Saúde Mental da Infância e Adolescência (ECSM-IA) e Serviços de Saúde Mental (na área da Infância e Adolescência)
- Pontos focais para as Comunidades Vulneráveis (PFCV) das Unidades de Saúde Pública
 - Serviços de Especialidades Médico-cirúrgicas
 - Serviços de Pediatria
 - Serviços de Urgência

Procedimentos de Referência: Estes prestadores de cuidados na área da saúde recorrem à referência dos utentes preferencialmente por **via informática** (descrita no capítulo 9), recorrendo ao sistema de informação em saúde do qual dispõem, mediante articulação e interoperabilidade do mesmo com os sistemas de informação disponíveis no ICAD, IP., ou mediante articulação direta com outros Referenciadores/Interventores da área da Saúde.

A referência de **adolescentes e Jovens (até aos 18 anos)** poderá ser efetuada por estruturas da saúde (Cuidados de Saúde Primários ou Unidades Hospitalares – Pedopsiquiatria, Psiquiatria e Pediatria), do sistema educativo, do sistema judicial (Direção Geral de Reinserção Social e Serviços Prisionais e Tribunais), do sistema de promoção e proteção (CPCJ, Casas de Acolhimento Residencial,

¹⁵ <https://inscricao publica.icad.min-saude.pt/InscricaoPublicaCAD/>

Equipas Multidisciplinares de Apoio aos Tribunais, Tribunais de Família e Menores), e ainda pelas Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT).

Procedimentos de Referência: a referência deverá ser operacionalizada através do envio de **ficha de referência CAJ** (anexo 1), ou através do **Módulo de Inscrição Pública** com a autorização do responsável legal do adolescente /jovem até aos 18 anos.

3. ENTIDADES REFERENCIADORAS PERTENCENTES À ÁREA GOVERNATIVA DA SAÚDE, ESPECIALIZADAS EM CAD – conjunto de equipas/serviços de saúde, pertencentes ao ICAD, IP:

- Centros de Respostas Integradas (Equipas Técnicas Especializadas de Prevenção, Tratamento, Reinserção e RRMD)
- Unidades de Alcoologia
- Comunidades Terapêuticas
- Unidades de Desabilitação

Procedimentos de Referência: Estes prestadores de cuidados na área dos CAD recorrem a processos **internos** de referência, preferencialmente por via informática, recorrendo ao sistema de informação disponível no ICAD, IP - **Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM)**.

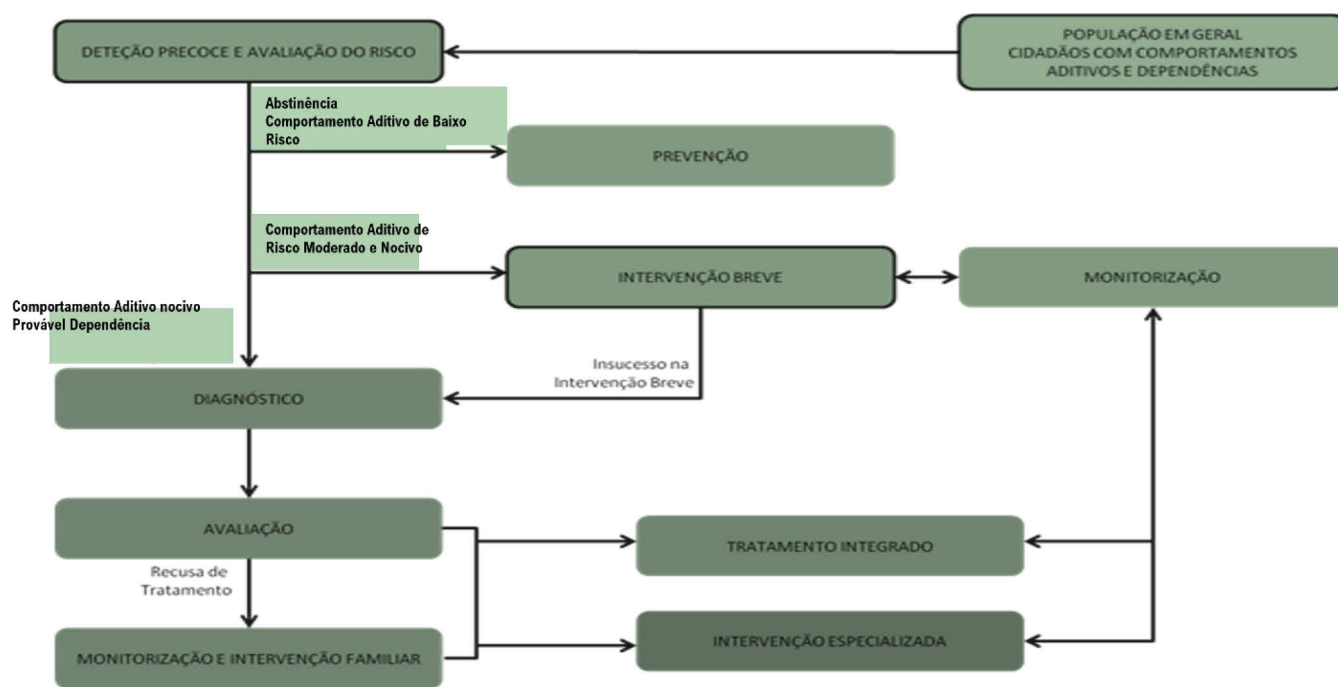
- As **Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT)**, embora pertençam ao ICAD, IP, não têm forma de referenciar internamente, tendo de aceder ao **Módulo de Inscrição Pública** para referenciar utentes para as UIL-CAD, como entidade referenciadora não pertencente à área governativa da Saúde, atrás descritas.
- **Entidades Referenciadoras Convencionadas ou Cofinanciadas** – conjunto de equipas/ serviços especializados em CAD, com acordo de convenção ou cofinanciados pelo ICAD, IP, que intervêm no cidadão com CAD, de onde se destacam:
 - Projetos cofinanciados no âmbito do Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI)
 - Entidades detentoras de contrato de convenção com o ICAD, IP, tais como Comunidades Terapêuticas, Unidades de Desabilitação e Centros de Dia

Procedimentos de Referência: através do **Módulo de Inscrição Pública** (projetos PORI), da **Plataforma de Convenções em CAD** (entidades convencionadas) e da **Plataforma GMet** (projetos PORI da área da RRMD e farmácias comunitárias).

8. INSTRUMENTOS DE RASTREIO E INTERVENÇÕES BREVES

Para uma intervenção eficaz no âmbito dos CAD é fundamental incrementar a deteção precoce e avaliação do risco dos comportamentos aditivos e outros problemas relacionados, de forma a proceder à referência adequada e a possibilitar a intervenção em fases precoces do desenvolvimento dos problemas ligados aos comportamentos aditivos.

Para garantir a qualidade e a eficácia dos processos de avaliação e intervenção, apresenta-se de seguida uma síntese do fluxo da intervenção preconizada no âmbito da RRACAD:



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

Figura VI - Fluxograma de Intervenção

De forma a dotar a RRACAD da necessária agilidade e eficiência, importa apresentar sinteticamente os instrumentos de rastreio e o modelo de intervenção breve que se consideram de maior adequabilidade no âmbito desta problemática.

Nos cuidados de saúde primários, os **instrumentos de rastreio** para a deteção de **comportamentos aditivos** devem ser aplicados sempre que o profissional de saúde identifique a existência de comportamentos de risco. Para tal, é fundamental que o profissional **faça perguntas diretas e específicas** sobre o tema durante a consulta.

8.1. AUDIT

O *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) é um instrumento de avaliação desenvolvido pela OMS, tendo sido validado para a população portuguesa em 2002¹⁶, e sua utilização tem-se revelado importante para o rastreio de Problemas Ligados ao Álcool.

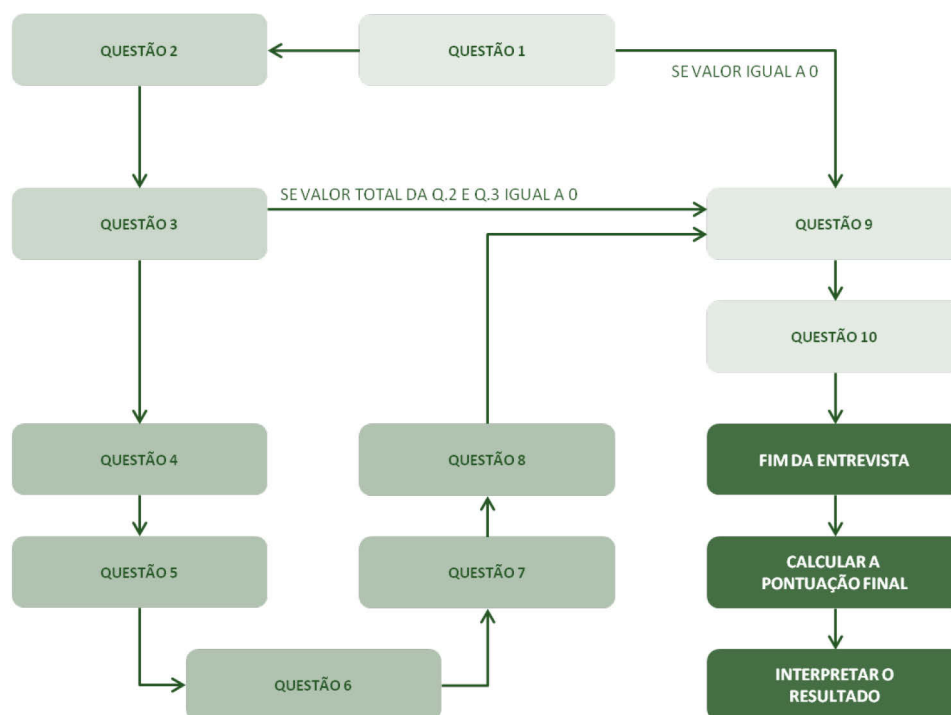
O AUDIT foi desenhado como um questionário por forma a adequar-se à utilização nos Cuidados de Saúde Primários, permitindo detetar diferentes níveis de consumo de álcool, desde o consumo baixo risco, de risco, nocivo e ainda a dependência, de uma forma rápida e simplificada.

Este instrumento de rastreio 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?
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 utilizar-se apenas as três primeiras questões do AUDIT (AUDIT C), referentes à frequência, quantidade e episódios de uso excessivo, este instrumento poderá ser utilizado como ferramenta de triagem, nomeadamente para identificar quem deve responder a todo o questionário.

¹⁶ Cf. J. 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.



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

Figura VII - Fluxograma de Aplicação do AUDIT

O AUDIT é um instrumento de fácil aplicação, podendo ser ministrado sob a forma de entrevista ou como questionário de auto-preenchimento. O resultado do questionário permite classificar o nível de risco do consumo de álcool. A sua cotação correlaciona as consequências, comportamentos e atitudes relacionadas com o consumo de álcool, e a vulnerabilidade para a dependência alcoólica. O quadro seguinte apresenta a síntese das intervenções preconizadas face ao nível de risco detetado:

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 VIII - Relação de Resultados, Níveis de Risco e Respetivas Intervenções no âmbito do AUDIT

8.2. ASSIST

O *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) é um instrumento produzida pela OMS, e surgiu na sequência do desenvolvimento do AUDIT como resposta à magnitude nociva que o consumo de substâncias psicoativas representava para a saúde pública.

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

- Aplicação rápida;
- Detecção alargada a várias substâncias psicoativas;
- Utilização por parte dos CSP;
- Utilização neutra a nível cultural;
- Fácil vinculação às Intervenções Breves.

Efetivamente, o ASSIST é um instrumento de deteção 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 – 11ª Revisão (CID-11);
- 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 e o grau de risco do consumo de todas as substâncias psicoativas, 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 adultos¹⁷, em diferentes contextos;
- A todos os utilizadores de serviços com uma alta prevalência de pessoas com CAD, nomeadamente Serviços de Doenças Infeciosas, 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 de substâncias psicoativas;
- A mulheres grávidas.

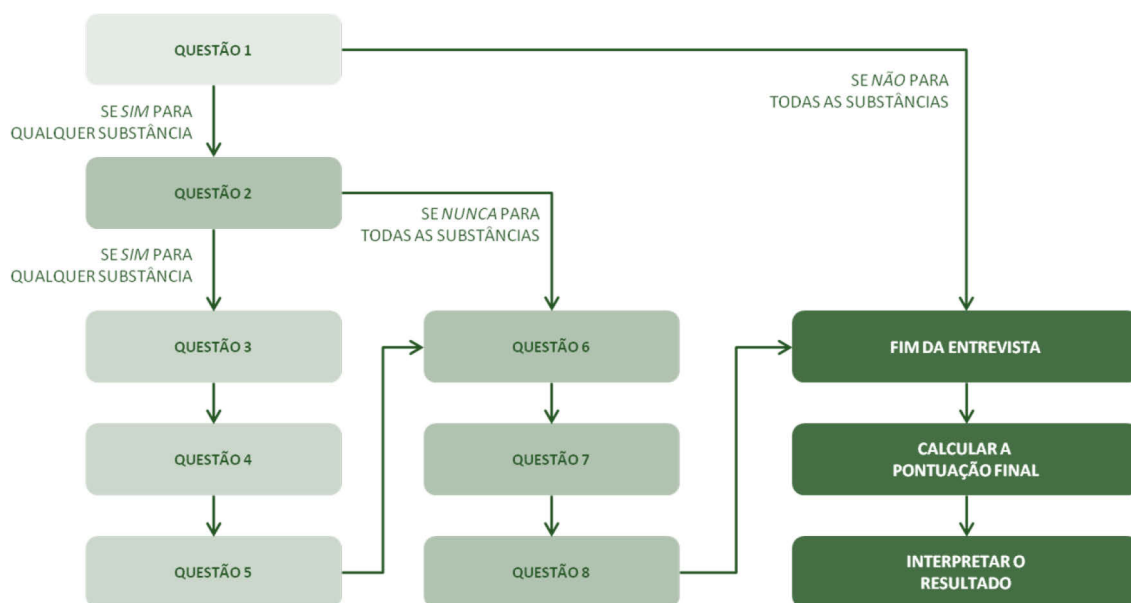
Resumidamente, este instrumento é constituído pelas seguintes questões:

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;
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.

¹⁷ A versão 3.1 do ASSIST, aqui apresentada, só foi validada para a população adulta (entre os 18 e 60 anos de idade).

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 IX - 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 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 X - 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 XI - Relação de padrão de consumo injetável e respetiva intervenção no âmbito do ASSIST

8.3. SOGS

O *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) é um questionário amplamente utilizado para rastrear problemas de jogo. A versão original em inglês foi desenvolvida por Lesieur e Blume em 1987, e construída segundo os critérios da DSM – III para avaliar a perturbação de Jogo. A **versão portuguesa (SOGS-PV)** foi adaptada e validada para a população portuguesa.¹⁸

O questionário SOGS-PV consiste em 19 itens que avaliam comportamentos e consequências relacionadas com o jogo de apostas/a dinheiro. As respostas são tipicamente "sim" ou "não", embora em algumas seções haja opções mais detalhadas para quantificar a frequência de certos comportamentos ou a origem de fundos para o jogo. A sua pontuação varia entre 0 e 20, sendo que a partir dos 3 ou 4 pontos se considera potencial jogador e a partir dos 5 pontos se considera que o sujeito apresenta maior probabilidade de ser jogador patológico.

Este instrumento é constituído por 19 questões, agrupadas pelas seguintes dimensões:

- Frequência e Comportamento de Perseguição de Perdas
- Mentiras e Segredos
- Sentimentos de Culpa e Desejo de Parar
- Reações de Outras Pessoas
- Impacto na Vida Pessoal e Profissional
- Atos Ilegais

¹⁸Torrado M, Bacelar-Nicolau L, Skryabin V, Teixeira M, Eusébio S, Ouakinin S. Emotional dysregulation features and problem gambling in university students: a pilot study. *J Addict Dis*. 2020 Oct-Dec;38(4):550-566. doi: 10.1080/10550887.2020.1800889. Epub 2020 Aug 7. PMID: 32762419.

- Impacto nas Relações e Oportunidades

O questionário SOGS-PV é constituído pelas seguintes questões (respostas S/N e de escolha múltipla):

1. Alguma vez na sua vida jogou algum dos seguintes jogos?
2. Qual a maior quantia que já alguma vez apostou num dia?
3. Verifique se, das seguintes pessoas, algumas têm ou tiveram problemas com o jogo
4. Quando joga, com que frequência volta no dia seguinte para tentar recuperar o que perdeu?
5. Alguma vez disse que estava a ganhar dinheiro com o jogo, quando na realidade não estava?
6. Sente que já teve, alguma vez, problemas com apostas ou jogo a dinheiro?
7. Alguma vez jogou a dinheiro mais do que era sua intenção?
8. Já várias pessoas criticaram o seu modo de jogar a dinheiro ou o que sucede quando joga?
9. Alguma vez se sentiu culpado pela forma como joga, ou sobre o que sucede quando joga?
10. Alguma vez pensou parar com o jogo a dinheiro, mas pensou que não conseguia?
11. Alguma vez escondeu fichas de jogo, bilhetes de lotaria, ou sinais de jogo à sua mulher/marido, filhos ou outras pessoas importantes para si?
12. Alguma vez discutiu com pessoas acerca do modo como gere o seu dinheiro?
13. As questões de dinheiro foram alguma vez a principal razão para jogar?
14. Alguma vez pediu dinheiro emprestado a alguém e não o devolveu por causa do jogo?
15. Alguma vez desperdiçou tempo relativo ao trabalho ou ao estudo por causa de jogos a dinheiro?
16. Se alguma vez precisou de dinheiro para jogar ou para pagar dívidas de jogo, a quem ou onde o foi buscar?
17. Nível de interesse nas seguintes atividades
18. O seu interesse por alguma destas atividades gera-lhe problemas familiares devido à quantidade de tempo que lhes dedica, ou problemas financeiros com a quantidade de dinheiro que despende?
19. Em média, quanto gasta por mês com jogo a dinheiro?

8.4. IGDT–10

O *Ten-Item Internet Gaming Disorder Test* (IGDT-10) é um instrumento de autoavaliação breve, desenvolvido para avaliar o Gaming, num período referente aos 12 meses anteriores, de acordo com os critérios propostos pelo DSM-5 - *Internet Gaming Disorder*).

O IGDT-10 foi originalmente desenvolvido por Király et al. (2015) visando a disponibilização de uma ferramenta concisa e válida para rastrear a utilização problemática de videojogos. Em 2020, Resende, Pechorro e Gonçalves realizaram a adaptação e validação do instrumento para a população portuguesa, garantindo sua adequação cultural e linguística. Em 2023, foi validado por Patrão, I., Lucas, B., Ribeiro, M¹⁹ numa amostra de jovens portugueses, com idades compreendidas entre os 12 e os 25 anos.

Consiste num questionário de autorresposta, que se dirige à população na faixa etária dos 12 aos 64 anos, constituído por itens simples, claros e avaliados como mais consistentes. É constituído por 10 itens que avaliam os principais sintomas da utilização problemática de videojogos, como preocupação excessiva, sintomas de abstinência, tolerância, tentativas fracassadas de controle, perda de interesse em outras atividades, uso continuado apesar das consequências negativas, engano, fuga e comprometimento de relacionamentos.

Cada item é pontuado em uma escala Likert, constituída por 3 opções de resposta: “Nunca”, “Às vezes”, “Frequentemente”, sendo que pontuações mais altas correspondem a níveis mais severos de utilização de videojogos. As respostas “nunca” e “às vezes” são codificadas como não preenchendo o critério (0 pontos), enquanto “frequentemente” é codificado como preenchendo o critério (1 ponto). A pontuação total do IGDT-10 varia de 0 a 9, e uma pontuação de 5 ou mais pontos (uso problemático) identifica indivíduos em risco de dependência de videojogos.

Este instrumento é constituído pelas seguintes questões:

1. Quando não estavas a jogar, com que frequência fantasiaste sobre jogar, pensaste em sessões de videojogos anteriores e/ou antecipaste o próximo jogo?
2. Com que frequência te sentiste inquieto, irritável, ansioso e/ou triste quando não podias jogar ou jogavas menos que o habitual?
3. Nos últimos 12 meses alguma vez sentiste a necessidade de jogar mais frequentemente ou jogaste por períodos mais longos para sentires que jogaste o suficiente?
4. Nos últimos 12 meses alguma vez tentaste reduzir, sem sucesso, o tempo que passavas a jogar?

¹⁹ Patrão, I., Lucas, B., & Ribeiro, M. (2023). Validação portuguesa do IGDT-10 (Internet Gaming Disorder Test) em jovens [Resumo]. In XI Congresso da AIDAP. Universidade do Algarve.

5. Alguma vez nos últimos 12 meses jogaste videojogos em vez de estares com os teus amigos ou participares em passatempos que gostavas previamente?
6. Alguma vez jogaste bastante apesar das consequências negativas (por exemplo, não dormir, não ter bom rendimento nos estudos ou no trabalho, discutir com a tua família e amigos e/ou negligenciar deveres importantes)?
7. Em algum momento, tentaste esconder da tua família, amigos e outras pessoas importantes, o tempo que passas a jogar ou mentiste-lhes em relação a jogares videojogos?
8. Jogaste para aliviar o teu humor negativo (por exemplo, desamparo, culpa e ansiedade)?
9. Colocaste em risco ou perdeste uma relação significativa por jogares videojogos?
10. Nos últimos 12 meses, alguma vez colocaste em risco a tua performance nos estudos ou no trabalho por causa de jogares videojogos?

8.5. INTERVENÇÕES BREVES

Se for detetado, através da aplicação dos instrumentos de rastreio, que os comportamentos aditivos são de baixo risco /risco moderado ou risco nocivo, o Médico de Medicina Geral e Familiar ou as UIL-CAD deverão proceder-se à Intervenção Breve (IB), com vista à redução dos comportamentos aditivos 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 e 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 com comportamentos aditivos a reduzir, ou até eliminar, os riscos associados à manutenção desses comportamentos;

Identificar e encaminhar as pessoas com CAD para serviços especializados, intervindo precocemente e prevenindo a progressão dos comportamentos aditivos.

Com vista a contribuir para a aplicação correta e eficaz das IB, são descritas, na literatura nacional e internacional²⁰, 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.

○ 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 avaliação:** devolução da gravidade dos comportamentos aditivos detetada. A informação disponibilizada deverá ser personalizada, tendo em consideração aspetos como a situação pessoal, o contexto familiar e laboral, preocupações em termos de saúde, as tentativas anteriores para parar os comportamentos aditivos entre outras.
- **Identificação dos riscos e análise das consequências:** enfatizar os riscos mais relevantes, avaliar o padrão dos comportamentos aditivos e as respetivas consequências; avaliar a motivação para a mudança e as condições necessárias para a sua concretização. O aconselhamento deve ser

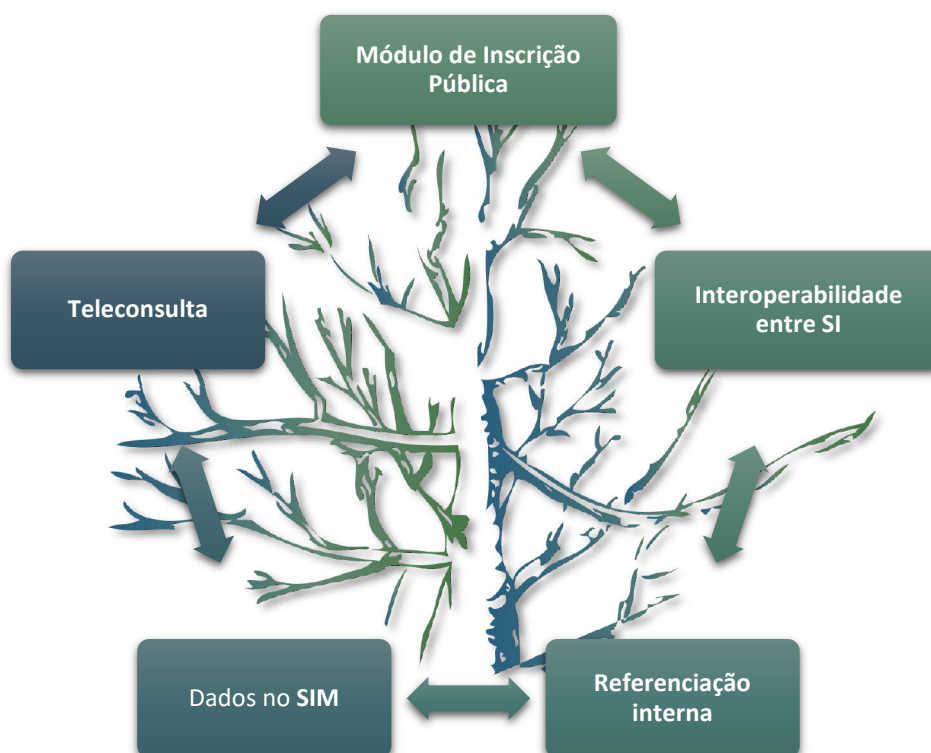
²⁰ OMS (2001a); HENRY-EDWARDS (2003A); ANDERSON (2005); FERREIRA-BORGES (2007); OMS (2011a).

realizado em ambiente neutro, recorrendo a informações exatas, de forma a potenciar o processo de tomada de decisão.

- **Concertação do compromisso:** na preparação para o processo de mudança deve ser tido em conta as características, as necessidades e os apoios necessários para a concretização do processo de mudança. Permitindo a expressão das dificuldades e receios e promovendo a responsabilização pelas decisões, são condições fundamentais e motivadoras para a mudança.
- **Identificação das metas a atingir:** promover a identificação dos potenciais benefícios da mudança de comportamento, 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 a motivação em todo o processo, sendo essencial reforço positivo e o estímulo, promovendo a identificação dos riscos de uma eventual recaída, bem como de situações que podem colocar em causa todo o processo de mudança.

9. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

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



Possibilidade de inscrição através do Módulo de Inscrição Pública

- Se o cidadão identificar um comportamento problemático de uso de substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas, uso problemático de internet, gaming ou gambling pode, facilmente, aceder ao formulário que dá origem a uma pré-inscrição numa Unidade da sua preferência.
- O Módulo de Inscrição Pública é um serviço online que visa facilitar o acesso dos cidadãos aos serviços e às respostas, permitindo a inscrição direta para apoio especializado e a avaliação (facultativa) do nível do seu comportamento aditivo.

Promoção da interoperabilidade entre Sistemas de Informação

- Ao nível da partilha de informação sobre o utente deverá preconizar-se a sua recolha de forma eletrónica e automática, através de interface entre os SI utilizados no SNS e o SIM.

- Por outro lado, impera a necessidade de interligação de dados clínicos e *workflow* entre as diferentes entidades envolvidas no atendimento de utentes, em particular para que as entidades referenciadoras da área da saúde, especializadas em CAD, acedam à informação clínica e disponham da possibilidade de referenciar utentes para as estruturas de CSP e cuidados hospitalares, em particular serviços de urgência.

Referenciação interna

- A referenciação interna (transferência/disponibilização de processo) deverá ser efetuada no Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM), ficando automaticamente disponível para análise por parte das Equipas de Tratamento /Unidades de Alcoologia / Consultas de Adolescentes e Jovens no âmbito dos CAD, que não terão que recolher informação manuscrita.
- O preenchimento deverá ser efetuado 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.).

Obrigatoriedade de preenchimento de dados no SIM

- O preenchimento e atualização das Fichas Base é da responsabilidade do Técnico de Referência, mantendo, desta forma, atualizada a caracterização global do utente.

Teleconsulta

- As **ferramentas de teleconsulta** são sistemas de software e plataformas digitais que permitem a realização de consultas e outros serviços de saúde à distância, utilizando Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). Estas ferramentas promovem a acessibilidade, promovendo a comunicação em tempo real (vídeo, áudio e chat) entre profissionais de saúde e os utentes, oferecendo uma experiência segura e eficaz sem necessidade de deslocação.

10. IMPLEMENTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA RRACAD

Tendo por base os fluxogramas apresentados no capítulo 6, e atendendo às diversas realidades do território nacional, torna-se crucial que, localmente, sejam construídas redes locais de referência e articulação em CAD, que atentem às especificidades locais. Para isso destaca-se a importância de:

- **Estabelecimento de Protocolos de Colaboração:** Definir acordos formais entre as diferentes entidades envolvidas, como serviços de saúde, segurança social, educação e justiça, para garantir uma cooperação eficaz.
- **Criação de Sistemas de Informação Integrados:** Implementar plataformas digitais que permitam a partilha segura de informações entre os profissionais de saúde e outros parceiros, facilitando o acompanhamento contínuo dos utentes e a coordenação dos cuidados.
- **Formação e Capacitação dos Profissionais:** Oferecer formação regular para os profissionais de saúde e outros intervenientes sobre as melhores práticas em tratamento e gestão de comportamentos aditivos e dependências, incluindo a utilização de ferramentas de rastreio e intervenções breves.
- **Implementação de Fluxogramas de Referência:** Desenvolver e utilizar fluxogramas claros que orientem os profissionais sobre os passos a seguir para a referência dos cidadãos, de modo a garantir que sejam encaminhados para os serviços mais adequados de forma eficiente.
- **Reuniões de Coordenação Regulares:** Realizar encontros periódicos entre os diferentes parceiros para discutir casos, avaliar o progresso dos utentes e ajustar as estratégias conforme necessário.
- **Monitorização e Avaliação Contínua:** Estabelecer mecanismos de monitorização e avaliação para acompanhar a eficácia da rede de referência e articulação, incluindo a análise de indicadores de desempenho e a realização de auditorias regulares.
- **Envolvimento da Comunidade:** Promover a participação ativa da comunidade e das famílias no processo de tratamento e recuperação dos utentes.

Em resumo, a adoção de procedimentos claros e bem definidos são cruciais para uma articulação e referência eficaz entre os diversos parceiros numa rede de saúde, especialmente no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências. Isso garante que os cidadãos recebem um atendimento integrado e de qualidade, melhorando os resultados do tratamento e a qualidade de vida dos envolvidos.

Para a operacionalização da Rede de Referência / Articulação no âmbito dos CAD é fundamental promover uma divulgação alargada, efetuar o planeamento das ações a desenvolver, incluindo a formação das equipas de saúde, bem como assegurar a monitorização e avaliação do seu desenvolvimento.

10.1. DIVULGAÇÃO DA RRACAD

A Rede de Referênciação / Articulação no âmbito dos CAD deverá ser amplamente disponibilizada, quer para consulta quer para *download*, nos seguintes *sites*:

- ICAD, IP – Instituto para os Comportamentos Aditivos e nas Dependências, I.P.
- Direção-Geral da Saúde
- Portal do SNS

Dada a relevância da disponibilização de uma página específica para a RRACAD na página da internet institucional do ICAD, IP e, neste, da apresentação de conteúdos mais pormenorizados, no sentido de promover e facilitar a acessibilidade à informação aos profissionais, eventuais utentes e/ou familiares, propõe-se que nos sites institucionais de outros parceiros seja disponibilizado um *link* para a área da Rede de Referênciação/Articulação no *site* do ICAD, IP.

10.2. IMPLEMENTAÇÃO DA RRACAD

10.2.1. Equipa Nacional da RRACAD

À equipa nacional da RRACAD compete a coordenação operacional, a organização e acompanhamento de todas as atividades inerentes à implementação e monitorização, a representação e concertação intersectorial, o reforço da criação de dinâmicas de mudança por via deste envolvimento, bem como a avaliação da RRACAD.

De forma a assegurar uma execução eficaz e uma gestão adequada da implementação e acompanhamento da RRACAD, 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, prevê-se 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. Estas reuniões de acompanhamento deverão assumir a seguinte periodicidade:

- **Reuniões trimestrais entre a Equipa Nacional da RRACAD e as UIL-CAD**, podendo estar presentes, num segundo momento da reunião, sempre que se justifique, os demais intervenientes locais da Rede.

- **Reuniões semestrais entre a Equipa Nacional da RRACAD e a Unidade Central do ICAD, IP e, se necessário, envolvendo outros parceiros estratégicos.**

Por fim, competirá à Equipa Nacional da RRACAD e demais parceiros apresentar um **relatório anual**, no qual conste uma análise consistente das iniciativas desenvolvidas a nível nacional que tenham concorrido para a concretização dos objetivos definidos, dos constrangimentos e das propostas de alteração/melhoria do funcionamento da Rede.

10.2.2. Processo Formativo

Para promover a qualidade na articulação e na intervenção no âmbito dos CAD, é essencial o desenvolvimento de estratégias de formação dos profissionais que assegurem a efetiva implementação da RRACAD.

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 da RRACAD, 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 RRACAD.

Estratégias como a promoção de uma cultura de colaboração, a implementação de sistemas de informação integrados e a realização de reuniões regulares entre os profissionais podem contribuir para desenvolver e fortalecer a RRACAD.

Assim, num primeiro momento, a Equipa Nacional da RRACAD dinamizará formação específica sobre a RRACAD e a construção de Redes Locais junto das equipas locais das UIL-CAD.

Posteriormente pretende-se que, localmente, cada UIL-CAD dinamize ações de formação junto das entidades referenciadoras do seu território, encetando, desta forma, a ativação das Redes Locais.

10.2.2.1. Formação para profissionais das UIL-CAD

Objetivos: Capacitar os profissionais para intervir no âmbito da RRACAD, dotando-os de ferramentas e conhecimentos sobre os processos de deteção precoce, avaliação do risco e intervenções breves. Desenvolver competências de comunicação e articulação eficazes entre os diferentes níveis de cuidados

e serviços que intervêm nos CAD, e promover estratégias e conhecimentos no âmbito da implementação, acompanhamento e monitorização da RRACAD.

Duração: 12 horas

Conteúdos Programáticos:

- Enquadramento Conceptual da RRACAD
- Harmonização de Conceitos Associados aos CAD
- Instrumentos de Rastreo e Diagnóstico: AUDIT, ASSIST, SOGS e IGDT-10
- Entrevista Motivacional e Intervenções breves
- Implementação da RRACAD: Indicadores de Monitorização

A Equipa Nacional da RRACAD disponibilizará os conteúdos programáticos base, com módulos em formato PowerPoint e em formato E-learning. Estes conteúdos pretendem orientar as equipas locais das UIL-CAD na elaboração do programa formativo, devendo estes ser ajustados às características e necessidades específicas das entidades referenciadoras locais, incluindo as entidades parceiras não pertencentes à área governativa da saúde, e tendo em conta o seu âmbito de intervenção.

10.2.2.2. Formação para profissionais dos CSP

A formação dos profissionais dos CSP é fundamental para o desenvolvimento de práticas e a adoção de procedimentos comuns, no âmbito da saúde, junto dos cidadãos com problemas ligados aos comportamentos aditivos. Pretende-se dotar os profissionais de competências, instrumentos e técnicas de deteção precoce ao nível dos diferentes graus de risco e intervenção breve, junto dos cidadãos com comportamentos aditivos de baixo risco, de risco moderado e nocivo.

O médico de Medicina Geral e Familiar, enquanto elemento de referência dos CSP, deverá articular 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.

Neste enquadramento, os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários (médicos e enfermeiros de família) devem ser habilitados a realizar:

Deteção precoce e avaliação do nível de risco do comportamento aditivo:

No âmbito dos CSP, bem como noutros serviços na comunidade, nomeadamente as CDT, é consensual que a utilização dos instrumentos de rastreio, descritos no capítulo 8, e da avaliação do risco de comportamentos aditivos constitui um meio efetivo para aumentar o conhecimento dos utentes sobre as consequências dos mesmos, e promover a motivação para a mudança.

Intervenções Breves:

- Para utentes com comportamentos aditivos de baixo risco e risco moderado, intervenções breves com eventual envolvimento de outros técnicos.

Referenciação para as unidades especializadas em CAD:

- Para utentes com comportamentos aditivos de risco nocivo ou dependência, referenciação para as unidades especializadas em CAD.

Deverá ser dada particular atenção à deteção de CAD em grupos mais vulneráveis (jovens, grávidas e idosos e utentes com comorbilidades).

Numa fase posterior prevê-se alargar a formação no âmbito da RRACAD aos Cuidados de Saúde Hospitalares.

10.3. MONITORIZAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DA RRACAD

10.3.1. Carta de Compromisso

A articulação entre os serviços que integram os **Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares** e as **UIL-CAD** é fundamental para a prestação integrada de cuidados ao cidadão, seguindo o princípio da otimização e racionalização de recursos e custos. Esta articulação pretende garantir o acesso de todos os utentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde. De forma a potenciar sinergias e permitir a melhoria da qualidade dos cuidados propõe-se a formalização da colaboração e cooperação entre as instituições que prestam cuidados de saúde, através da assinatura da Carta de Compromisso (anexo 4).

10.3.2. Instrumento de Monitorização

O Instrumento de Monitorização da RRACAD (anexo 3) visa objetivar um conjunto de ações e indicadores inscritos na RRACAD. Este instrumento deverá ser preenchido anualmente por cada UIL-CAD e remetido à Equipa Nacional da RRACAD, de forma contribuir para o relatório anual da Rede.

10.3.3. Indicadores

Numa perspetiva de monitorização da implementação e desenvolvimento, o desempenho da RRACAD deverá ser acompanhado e avaliado com base num conjunto alargado de indicadores. Elencam-se, em seguida, os indicadores de divulgação, acompanhamento e avaliação da RRACAD, da responsabilidade da **Equipa Nacional da RRACAD**:

Indicador 1: Divulgação da Rede (Equipa Nacional)

DESIGNAÇÃO	DIVULGAÇÃO DA RRACAD
OBJETIVO	Avaliar a divulgação da RRACAD entre os profissionais das estruturas envolvidas
FÓRMULA	$(n/N) \times 100$ n= n.º de atividades de divulgação realizadas N= n.º total de atividades previstas
META	8 sessões de divulgação da RRACAD (online+presencial), 2 por NUTS 2 (Norte, Centro, LVT, Alentejo e Algarve)
FONTE DE INFORMAÇÃO	Relatório de atividades
PERIODICIDADE	Anual

Indicador 2: Acompanhamento da implementação da RRACAD (Equipa Nacional)

DESIGNAÇÃO	IMPLEMENTAÇÃO DA RRACAD
OBJETIVO	Acompanhar a implementação da RRACAD
FÓRMULA	$(n/N) \times 100$ n= n.º de atividades realizadas (reuniões/visitas/produção de documentos de apoio/...) N= n.º total de atividades previstas
META	Reuniões trimestrais de acompanhamento (Equipa Nacional); a definir localmente com cada UIL-CAD
FONTE DE INFORMAÇÃO	Relatório de atividades
PERIODICIDADE	Anual

Indicador 3: Apresentação de Relatório de Desenvolvimento da RRACAD (Equipa Nacional)

DESIGNAÇÃO	RELATÓRIO DE DESENVOLVIMENTO DA RRACAD
OBJETIVO	Avaliar o desenvolvimento da RRACAD
FÓRMULA	n.a.
META	Apresentação de relatório detalhado sobre a implementação e desempenho da RRACAD, no primeiro semestre de cada ano
FONTE DE INFORMAÇÃO	Relatório
PERIODICIDADE	Anual

Por sua vez, elencam-se, em seguida, os indicadores de divulgação, acompanhamento e avaliação da RRACAD, da responsabilidade das **UIL-CAD**:

Indicador 4: Ações de formação sobre a RRACAD (UIL-CAD)

DESIGNAÇÃO	FORMAÇÃO SOBRE A RRACAD
OBJETIVO	Monitorizar a formação aos profissionais das estruturas envolvidas na RRACAD
FÓRMULA	$(n/N) \times 100$ n= n.º de ações de formação realizadas (Cuidados de Saúde Primários / Cuidados de Saúde Hospitalares / ...) N= n.º total de ações de formação previstas
META	A definir localmente com cada UIL-CAD
FONTE DE INFORMAÇÃO	Relatório de atividades
PERIODICIDADE	Anual

Indicador 5: Acompanhamento da implementação da RRACAD (UIL-CAD)

DESIGNAÇÃO	IMPLEMENTAÇÃO DA RRACAD
OBJETIVO	Acompanhar o desenvolvimento da RRACAD
FÓRMULA	$(n/N) \times 100$ n= n.º de atividades realizadas (reuniões/visitas/produção de documentos de apoio/...) N= n.º total de atividades previstas
META	Reuniões regulares de acompanhamento (com Equipa Nacional/ entre Equipas Locais e Parceiros), a definir localmente com cada UIL-CAD
FONTE DE INFORMAÇÃO	Relatório de atividades
PERIODICIDADE	Anual

Com vista a monitorizar a referência e articulação para as UIL-CAD por parte das **ULS**, numa perspetiva de melhoria contínua, nas suas diversas dimensões, propõem-se os seguintes indicadores:

Indicador 6: Utentes referenciados para UIL-CAD/CSP

DESIGNAÇÃO	Nº DE UTENTES REFERENCIADOS DOS CSP PARA UIL-CAD NO ÂMBITO DE ÁLCOOL/ SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ILÍCITAS/ GAMING/ GAMBLING
OBJETIVO	Identificar os utentes referenciados dos CSP para UIL-CAD no âmbito de álcool/ SPA ilícitas/ gaming/ gambling
FÓRMULA	n= n.º de utentes referenciados para a UIL-CAD
META	A definir localmente com cada UIL-CAD (sugere-se um valor $\geq 75\%$ dos utentes rastreados com risco nocivo/ dependência)
FONTE DE INFORMAÇÃO	SIM
PERIODICIDADE	Anual

Indicador 7: Adolescentes e jovens referenciados para UIL-CAD/CSP

DESIGNAÇÃO	Nº DE ADOLSCENTES E JOVENS REFERENCIADOS DOS CSP PARA UIL-CAD COM PROBLEMAS RELACIONADOS COM ÁLCOOL/ SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ILÍCITAS/ GAMING/ GAMBLING
OBJETIVO	Identificar os utentes adolescentes e jovens (até aos 18 anos) referenciados dos CSP para UIL-CAD no âmbito de álcool/ SPA ilícitas/ gaming/ gambling
FÓRMULA	$n = n.º$ de utentes adolescentes e jovens referenciados para UIL-CAD
META	A definir localmente com cada UIL-CAD
FONTE DE INFORMAÇÃO	SIM
PERIODICIDADE	Anual

Indicador 8: Utentes referenciados para UIL-CAD/CSH

DESIGNAÇÃO	Nº DE UTENTES REFERENCIADOS DOS CSH PARA UIL-CAD NO ÂMBITO DE ÁLCOOL/ SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ILÍCITAS/ GAMING/ GAMBLING
OBJETIVO	Identificar os utentes referenciados dos CSH para UIL-CAD no âmbito de álcool/ SPA ilícitas/ gaming/ gambling
FÓRMULA	$n = n.º$ de utentes referenciados para a UIL-CAD
META	A definir localmente com cada UIL-CAD
FONTE DE INFORMAÇÃO	SIM
PERIODICIDADE	Anual

Indicador 9: Adolescentes e jovens referenciados para UIL-CAD/CSH

DESIGNAÇÃO	Nº DE ADOLSCENTES E JOVENS REFERENCIADOS DOS CSH PARA UIL-CAD COM PROBLEMAS RELACIONADOS COM ÁLCOOL/ SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ILÍCITAS/ GAMING/ GAMBLING
OBJETIVO	Identificar os utentes adolescentes e jovens (até aos 18 anos) referenciados dos CSH para UIL-CAD no âmbito de álcool/ SPA ilícitas/ gaming/ gambling
FÓRMULA	$n = n.º$ de utentes adolescentes e jovens referenciados para UIL-CAD
META	A definir localmente com cada UIL-CAD
FONTE DE INFORMAÇÃO	SIM
PERIODICIDADE	Anual

Indicador 10: Tempo médio entre a referência e a consulta de acolhimento na UIL-CAD (UIL-CAD)

DESIGNAÇÃO	TEMPO MÉDIO DE ESPERA ENTRE A REFERÊNCIAÇÃO E A PRIMEIRA CONSULTA NA UIL-CAD
OBJETIVO	Avaliar a capacidade de resposta da UIL-CAD
FÓRMULA	Tempo médio de espera entre a referência e a consulta de acolhimento na UIL-CAD
META	15 dias
FONTE DE INFORMAÇÃO	SIM
PERIODICIDADE	Anual

Indicador 11: % de Utentes que não comparecem ao acolhimento após a referência (UIL-CAD)

DESIGNAÇÃO	UTENTES QUE NÃO COMPARECEM AO ACOLHIMENTO APÓS A REFERÊNCIA
OBJETIVO	Identificar a % de utentes referenciados que não comparecem ao acolhimento na UIL-CAD
FÓRMULA	$(n/N) \times 100$ n= n.º de utentes referenciados com 2 faltas sucessivas à consulta de acolhimento na UIL-CAD N= total de utentes referenciados para a UIL-CAD
META	A definir localmente com cada UIL-CAD (sugere-se um valor $\leq 30\%$ dos utentes referenciados)
FONTE DE INFORMAÇÃO	SIM
PERIODICIDADE	Anual

Com vista a monitorizar as atividades de **rastreio e deteção precoce de CAD nos CSP** deverão ser definidos, através dos instrumentos contratuais, nomeadamente da assinatura da carta de compromisso, indicadores e metas específicas para cada nível 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. Neste sentido propõem-se os seguintes indicadores:

Indicador 12: % de utentes adultos rastreados para álcool, SPA ilícitas, gaming e gambling (CSP)

DESIGNAÇÃO	UTENTES ADULTOS RASTREADOS PARA ÁLCOOL/ SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ILÍCITAS/ GAMING/ GAMBLING
OBJETIVO	Identificar os utentes adultos rastreados através do AUDIT, ASSIST, SOGS e IGDT-10, nos CSP
FÓRMULA	$(n/N) \times 100$ n= n.º de utentes adultos rastreados no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários N= total de utentes adultos passíveis de serem rastreados para comportamento aditivo (álcool, SPA ilícitas/ gaming/ gambling)
META	A definir localmente com cada UIL-CAD (sugere-se um valor $\geq 30\%$ dos utentes adultos inscritos)
FONTE DE INFORMAÇÃO	SClinico
PERIODICIDADE	Anual

Indicador 13: % de utentes com comportamento aditivo de baixo risco/ risco moderado de álcool/ SPA ilícitas/ gaming/ gambling no adulto (CSP)

DESIGNAÇÃO	Nº. DE UTENTES COM COMPORTAMENTO ADITIVO DE BAIXO RISCO/ RISCO MODERADO DE ÁLCOOL/ SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ILÍCITAS/ GAMING/ GAMBLING NO ADULTO
OBJETIVO	Identificar os utentes adultos com comportamento aditivo de baixo risco/ risco moderado (álcool/ SPA ilícitas/ gaming/ gambling), nos CSP
FÓRMULA	$(n/N) \times 100$ n= n.º de utentes adultos com comportamento aditivo de baixo risco/ risco moderado N= total de utentes adultos rastreados
FONTE DE INFORMAÇÃO	SClinico
PERIODICIDADE	Anual

Indicador 14: % de utentes com comportamento aditivo de risco nocivo de álcool/ SPA ilícitas/ gaming/ gambling no adulto (CSP)

DESIGNAÇÃO	UTENTES COM COMPORTAMENTO ADITIVO DE RISCO NOCIVO DE ÁLCOOL/ SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ILÍCITAS/ GAMING/ GAMBLING NO ADULTO
OBJETIVO	Identificar os utentes adultos com comportamento aditivo de risco nocivo (álcool/ SPA ilícitas/ gaming/ gambling), nos CSP
FÓRMULA	$(n/N) \times 100$ n= n.º de utentes adultos com comportamento aditivo de risco nocivo N= total de utentes adultos rastreados
FONTE DE INFORMAÇÃO	SClinico
PERIODICIDADE	Anual

Indicador 15: % de utentes adultos com provável dependência de álcool/ SPA ilícitas/ gambling/ gaming (CSP)

DESIGNAÇÃO	UTENTES ADULTOS COM PROVÁVEL DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL/ SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ILÍCITAS / GAMING/ GAMBLING
OBJETIVO	Identificar os utentes adultos com provável dependência de álcool/ SPA ilícitas/ gaming/ gambling, nos CSP
FÓRMULA	$(n/N) \times 100$ n= n.º de utentes adultos com provável dependência N= total de utentes adultos rastreados
FONTE DE INFORMAÇÃO	SClinico
PERIODICIDADE	Anual

Indicador 16: % de utentes com comportamento aditivo de baixo risco/ risco moderado de álcool/SPA ilícitas/ gaming/ gambling, alvo de intervenções breves (CSP)

DESIGNAÇÃO	UTENTES COM COMPORTAMENTO ADITIVO DE BAIXO RISCO/ RISCO MODERADO DE ÁLCOOL/ SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ILÍCITAS/ GAMING/ GAMBLING ALVO DE INTERVENÇÕES BREVES
OBJETIVO	Identificar o número de utentes rastreados e alvo de intervenções breves nos CSP, de acordo com os resultados obtidos
FÓRMULA	$(n/N) \times 100$ n= n.º de utentes alvo de intervenções breves N= total de utentes adultos rastreados
META	A definir localmente com cada UIL-CAD (sugere-se um valor $\geq 50\%$ dos utentes rastreados com baixo risco/ risco moderado)
FONTE DE INFORMAÇÃO	SClinico
PERIODICIDADE	Anual

10.3.4. Avaliação

A avaliação da RRACAD decorrerá do balanço das atividades de divulgação, formação e acompanhamento do desenvolvimento da RRACAD que cada UIL-CAD e cada uma das entidades envolvidas realizará, estando assim dependente da informação reportada com a periodicidade prevista.

A monitorização e avaliação da RRACAD irá permitir a identificação de fatores de melhoria e/ou correção a introduzir.

Tendo por base a adoção dos instrumentos e procedimentos preconizados, será possível a recolha e tratamento da informação necessária para a elaboração do relatório anual, da autoria da Equipa Nacional, que pretende ilustrar as iniciativas desenvolvidas a nível nacional. Esta avaliação deverá permitir adequar e melhorar o processo de implementação e desenvolvimento da RRACAD, reforçado os ganhos organizacionais coletivos, mas essencialmente os ganhos para os cidadãos com problemas ligados aos CAD e suas famílias.

Anexo 1: Ficha de Referência Consulta de Adolescentes e Jovens

FICHA DE REFERENCIAÇÃO

CONSULTA DE ADOLESCENTES E JOVENS _____

UIL/CRI _____/ICAD I.P.

Nome (completo)		
	Data nascimento: (dd)/ (mm)/ (aaaa)	Género:
	CC:	N.º Utente SNS:
Morada (completa)		
Contacto telefónico e de e-mail do próprio		
Contacto telefónico e de e-mail do (s) responsável (eis) legais		
Motivo de referenciação		
Breve caracterização da situação (problemas/necessidades; início do problema)		
Intervenções anteriores e/ou a decorrer (instituições envolvidas)		
Entidade que referencia		
Técnico de referência na entidade e contacto		
Data		

Anexo 2: Ficha de Referência Polo/ Equipa de Tratamento

FICHA DE REFERENCIAÇÃO

POLO/ EQUIPA DE TRATAMENTO _____

UIL/ CRI _____ **/ICAD, I.P.**

Nome (completo)		
	DN: (dd)/ (mm)/ (aaaa)	Género:
	CC:	N.º utente SNS:
Morada (completa)		
Contacto telefónico e de e-mail do próprio		
Motivo de referência		
Breve caracterização da situação (problemas/necessidades; início do problema)		
Intervenções anteriores e/ou a decorrer (instituições envolvidas)		
Entidade que referencia		
Técnico de referência na entidade e contacto		
Data		

Anexo 3: Instrumento de Monitorização da RRACAD

INSTRUMENTO DE MONITORIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA REDE DE REFERENCIAÇÃO / ARTICULAÇÃO NO ÂMBITO DOS CAD

UIL-CAD: _____

ANO: _____

A. DIVULGAÇÃO DA REDE [Avaliar a disseminação da Rede entre os profissionais das estruturas envolvidas na Rede]		RESULTADOS
A1	N.º de ações de divulgação nas estruturas de Cuidados de Saúde Primários	
A2	N.º de ações de divulgação nas estruturas de Cuidados de Saúde Especializados em CAD	
A3	N.º de ações de divulgação nas estruturas de Cuidados de Saúde Hospitalares	
A4	N.º de ações de divulgação em outras estruturas	
Outros dados considerados pertinentes neste tópico		

B. FORMAÇÃO [Identificar a formação no âmbito da Rede aos profissionais das estruturas envolvidas na Rede]		RESULTADOS	
		N.º Ações	N.º Formandos
B1	Ações de formação para os profissionais das estruturas de Cuidados de Saúde Primários		
B2	Ações de formação para os profissionais das estruturas de Cuidados de Saúde Especializados		
B3	Ações de formação para os profissionais das estruturas de Cuidados de Saúde Hospitalares		
B4	Ações de formação para os profissionais de outras estruturas		
Outros dados considerados pertinentes neste tópico			

C. IMPLEMENTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA REDE - CSP		RESULTADOS			
		SOGS	AUDIT	ASSIST	IGDT-10
C1.	Total de utentes rastreados/ total de utentes dos CSP >= 18 anos				
C2.	Total de utentes alvo de intervenções breves / total de utentes dos CSP rastreados (Nível I)				
C3.	Total de utentes >= 18 anos dos CSP encaminhados para as UIL- CAD/ total dos utentes dos CSP avaliados e rastreados (Nível I, Nível II e Nível III)				
C4.	Total de adolescentes e jovens encaminhados pelos CSP para as Consultas de Adolescentes e Jovens				

D. IMPLEMENTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA REDE - CSH		RESULTADOS
D1.	Total de utentes encaminhados para as UIL- CAD/ total dos utentes dos CSH avaliados	
D2.	Total de adolescentes e jovens avaliados e encaminhados pelos CSH para as Consultas de Adolescentes e Jovens <18 anos	

E. IMPLEMENTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA REDE - UIL- CAD		RESULTADOS
E1.	Mediana do intervalo de tempo entre a referenciação e a 1ª consulta na UIL- CAD	
E2.	Total de utentes encaminhados para as UIL- CAD avaliados e rastreados nos CSP	

E. IMPLEMENTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA REDE - UIL- CAD		RESULTADOS
E3. Total de adolescentes e jovens acolhidos nas Consultas de Adolescentes e Jovens, encaminhados pelos CSP		
E4. Total de utentes acolhidos nas UIL-CAD, avaliados nos CSH		
E5. Total de adolescentes e jovens acolhidos nas Consultas de Adolescentes e Jovens, encaminhados pelos CSH		
E6. Total de utentes acolhidos nas UIL- CAD encaminhados por outras entidades parceiras		
E7. Total de adolescentes e jovens acolhidos nas Consultas de Adolescentes e Jovens, encaminhados por outras entidades parceiras		
E8. Total de utentes (adolescentes e jovens + adultos) que não comparecem ao acolhimento após a referência		

F. ACOMPANHAMENTO, MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DA REDE			
AÇÕES	ENTIDADES ENVOLVIDAS	INDICADORES	RESULTADOS
F1. Acompanhamento e Monitorização		N.º de reuniões/atividades	
		N.º de instrumentos de monitorização	
F2. Avaliação		N.º de reuniões/atividades	
		N.º de instrumentos de monitorização	

APRECIÇÃO GLOBAL E RECOMENDAÇÕES

Anexo 4: Carta de Compromisso

CARTA DE COMPROMISSO

O Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro, que cria o Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P., define como sendo sua missão prevenir e reduzir os comportamentos aditivos e as dependências, assegurar a prevenção, o tratamento, a redução de riscos, a minimização de danos e a reinserção social, bem como fomentar a capacitação e formação diferenciada, a investigação e a inovação nesses domínios.

A articulação entre os serviços que integram os **Cuidados de Saúde Primários (CSP) e Hospitalares (CSH)** e as **Unidades de Intervenção Local em Comportamentos Aditivos e Dependências (UIL-CAD)** é fundamental para a prestação integrada de cuidados ao cidadão, seguindo o princípio da otimização e racionalização de recursos e custos.

As redes de referência pretendem 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.

Esta articulação será definida em função das características dos recursos disponíveis, de forma a potenciar sinergias e permitir a melhoria da qualidade dos cuidados.

A presente Carta de Compromisso estabelece os princípios gerais e reguladores da colaboração e cooperação entre a Unidade de Intervenção Local e o/a no âmbito da implementação e monitorização da Rede de Referência.

A UIL- CAD e o/a comprometem-se a contribuir para a ativação e monitorização da Rede de Referência, promovendo e facilitando o encaminhamento de indivíduos que beneficiem de cuidados especializados em CAD, com vista à redução dos comportamentos aditivos e dependências junto da população que reside na área geográfica de/do

A UIL- CAD..... compromete-se a:

- Designar o(s) interlocutor(es) com responsabilidade no acompanhamento da implementação e monitorização da Rede de Referência/Articulação;
- Garantir o cumprimento dos objetivos previstos no âmbito da Rede de Referência;
- Sempre que necessário, garantir a referência dos utentes em acompanhamento na UIL-CAD para o/a ...;
- Assegurar a resposta a pedidos de consulta dentro dos prazos previstos (xxxxx);

- Monitorizar a evolução dos resultados, através de instrumentos adequados, numa ótica de melhoria contínua dos serviços (instrumento de monitorização);
- Avaliar e monitorizar a rede de referência de acordo com os indicadores acordados em anexo;
- Assegurar a partilha de informação de âmbito clínico, sempre que necessário;
- Promover e participar nas reuniões de avaliação e monitorização da Rede de Referência (datas acordadas).

A ULS compromete-se a:

- Designar o(s) interlocutor(es) com responsabilidade no acompanhamento da implementação e monitorização da Rede de Referência;
- Garantir o cumprimento dos objetivos previstos no âmbito da Rede de Referência;
- Garantir a referência dos utentes de acordo com os procedimentos:
 - A partir dos 18 anos efetuar o rastreio com os instrumentos: AUDIT, ASSIST, SOGS e IGDT-10:
 - Nível I (risco baixo) assegurar uma resposta de intervenção breve, tal como preconizado para o efeito;
 - Nível II e Nível III (risco moderado e risco elevado) - Referenciar via SCLINICO;
 - No caso de jovens dos 12 aos 18
 - que apresentem indicadores de risco para os comportamentos aditivos a referência, operacionaliza-se através do preenchimento de ficha de referência/formulário online.
- Assegurar resposta a pedidos de consulta para utentes já em acompanhamento nas UIL-CAD;
- Avaliar e monitorizar a rede de referência de acordo com os indicadores acordados em anexo;
- Participar nas reuniões de avaliação e monitorização da Rede de Referência (datas acordadas).

O presente compromisso é celebrado pelo prazo de 1 ano, produzirá efeitos a partir da data da sua assinatura, e renova-se automaticamente por períodos iguais e sucessivos, enquanto não for denunciado por nenhuma das partes, nos termos da sua cláusula 4ª.

O presente Compromisso é redigido em duplicado, valendo como originais, ficando cada parte na posse de um exemplar devidamente rubricado e assinado.

_____, ____ de _____ de _____

UIL- CAD ...

(....)

ULS

(.....)

Anexo à Carta de Compromisso: Indicadores Acordados

IMPLEMENTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA REDE – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

- ☐ Total de utentes rastreados/ total de utentes dos CSP >= 18 anos
- ☐ Total de utentes alvo de intervenções breves / total de utentes dos CSP rastreados (Nível I)
- ☐ Total de utentes >= 18 anos encaminhados para as UIL- CAD/ total dos utentes dos CSP avaliados e rastreados (Nível I, Nível II e Nível III)
- ☐ Total de adolescentes e jovens encaminhados pelos CSP para as Consultas de Adolescentes e Jovens <18 anos

IMPLEMENTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA REDE – CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES

- ☐ Total de utentes encaminhados para as UIL- CAD/ total dos utentes dos CSH avaliados
- ☐ Total de adolescentes e jovens avaliados e encaminhados pelos CSH para as Consultas de Adolescentes e Jovens <18 anos

IMPLEMENTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA REDE – UNIDADES DE INTERVENÇÃO LOCAL EM COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS

- ☐ Mediana do intervalo entre a referência/ articulação e a 1ª consulta nas UIL- CAD
- ☐ Total de utentes acolhidos nas UIL- CAD avaliados e rastreados nos CSP
- ☐ Total de adolescentes e jovens acolhidos nas Consultas de Adolescentes e Jovens encaminhados pelos CSP
- ☐ Total de utentes acolhidos nas UIL- CAD avaliados nos CSH
- ☐ Total de adolescentes e jovens acolhidos nas Consultas de Adolescentes e Jovens encaminhados pelos CSH
- ☐ Total de utentes (adolescentes e jovens e adultos) que não comparecem ao acolhimento após a referência/ articulação

SIGLAS E ABREVIATURAS

ASSIST – *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*

AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*

CAD – Comportamentos Aditivos e Dependências

CAJ – Consultas de Adolescentes e Jovens

CDT – Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência

CNPDCJ – Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens

CRI – Centro de Respostas Integradas

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares

CT – Comunidade Terapêutica

DGRSP – Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

DGS – Direção-Geral da Saúde

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

GMET - Sistema de Gestão Desmaterializada do Circuito do Cloridrato de Metadona

ICAD – Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P.

IGDT –10 – *Internet Gaming Disorder Test*

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

ISS – Instituto de Segurança Social, I.P.

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não Governamental

PCAD - Plataforma das Convenções em CAD

PE – Plano Estratégico do ICAD 2024-2026

PNRCAD 2030 – Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2030

PNS 2030 – Plano Nacional de Saúde 2030

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SIM – Sistema de Informação Multidisciplinar

SCLINICO – Sistema de Registo clínico eletrónico dos cuidados de saúde primários e secundários

SIGA- Sistema Integrado de Gestão do Acesso

SGIP – Sistema de Gestão e Informação Processual das Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SOGS – *South Oaks Gambling Screen*

SPA – Substâncias Psicoativas

UA – Unidade de Alcoologia

UD – Unidade de Desabitação

UIL – Unidade de Intervenção Local

ULS – Unidade Local de Saúde

WHO – *World Health Organization*

BIBLIOGRAFIA

Babor, T. F., & Higgins-Biddle, J. C. (2001). *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care*. World Health Organization.

Ferreira-Borges, C., & Cunha Filho, H. (Eds.). (2015). *Álcool e Outras Drogas: Intervenções Breves*. Editora.

Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, IP. (2024). *Plano Estratégico ICAD 2024-2026*. Edição: Lisboa 2024. Disponível em <https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=724&languageId=1>

Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, IP. (2023). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2021-2030*. Obtido 12 de maio de 2024: <https://www.icad.pt/Accordion/Index/81?languageId=0>

Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144(9), 1184–1188.

Marques, C., Maia, C., Ratinho, S., Correia, P. (2023). *Princípios Orientadores para o Desenvolvimento de Equipas Comunitárias de Saúde Mental para a Infância e Adolescência*. Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (Coordenador: Miguel Xavier), Ministério da Saúde. **ISBN:** 978-989-99480-5-

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change* (3rd ed.). Guilford Press.

Ministério da Saúde. (2018). *Programas de Saúde Prioritários*. Obtido 8 de maio de 2024: <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/>

Mostardinha, A. R., et al. (2019). Validação da versão portuguesa do The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) em estudantes universitários. *Acta Médica Portuguesa*, 32(4), 279-288: [10.20344/amp.10650](https://doi.org/10.20344/amp.10650)

Organização Mundial da Saúde. (2022). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde* (11.ª ed.). Disponível em <https://icd.who.int/>.

Organização Mundial da Saúde. (2002). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Guidelines for use in primary care*. Geneva: World Health Organization.

Patrão, I., Lucas, B., & Ribeiro, M. (2017). Validação portuguesa do IGDT-10 (Internet Gaming Disorder Test) em jovens. In I. Soares, J. Breda, S. B. S. Sampaio, C. S. R. V. F. Sequeira, M. R. Simões & I. P. F. S. Leal (Eds.), *Atas do XI Congresso Ibero-Americano de Avaliação Psicológica* (pp. 248-251). Associação Portuguesa de Psicologia e ISPA - Instituto Universitário.

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

Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências (2013-2020).

Resende, M. Â. L. (2020). *Hábitos de jogo online e de uso problemático da Internet: Uma análise da sua prevalência e relação com o bem-estar psicológico*. [Tese de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório Institucional da Universidade de Coimbra (UC Digitalis).

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). *Rede de referência: Articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências*. Lisboa: SICAD: <https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=487&languageId=1>

Instituto das Drogas e das Toxicodependências, I.P. (2011). *Rede de Referência/ Articulação para os Problemas Ligados ao Álcool*. Lisboa: IDT, IP.

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

LEGISLAÇÃO PORTUGUESA CONSULTADA

Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro. Cria o Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I. P. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 197, p. 3-30: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/89-2023-222645049>

Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. Estabelece o regime de criação, gestão e extinção das unidades locais de saúde (ULS). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 216, p. 3-30: <https://www.google.com/search?q=https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-222646395>

Direção-Geral da Saúde. (2018). Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência – Documento Técnico de Suporte. Lisboa: Ministério da Saúde.

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.

Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de junho. (2001). Diário da República, 142. [Cria programas e de estruturas sócio-sanitárias RRMD]. Obtido em 24 de maio de 2024: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2001/06/142a00/35943601.pdf>

Portaria nº 6-A de 04 de janeiro. Diário da República, 3. [Aprova os Estatutos do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I. P]. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros, Finanças e Saúde. Lisboa. Obtido

em 24 de maio de 2024: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2024/01/00301/0000200011.pdf>

Resolução do Conselho de Ministros n.º 115/2023, de 26 de setembro. Aprova o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências (PNRCAD) 2030 e o respetivo Plano de Ação para o Horizonte 2024.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de março (Aprova o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016). Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.



Empoderar. *Empower.*
Cuidar. *Care.*
Proteger. *Protect.*



A REDE DE REFERENCIAÇÃO, ENQUANTO CIRCUITO ESTRUTURANTE DA ATUAÇÃO DO ICAD, IP DEFINE AS RELAÇÕES DE COMPLEMENTARIDADE E DE APOIO TÉCNICO ENTRE AS ENTIDADES INTERVENIENTES NO TRATAMENTO DOS CAD, PROMOVE O ACESSO DOS DOENTES AOS CUIDADOS E SERVIÇOS DE QUE NECESSITAM, BEM COMO SUSTENTA O SISTEMA INTEGRADO DE INFORMAÇÃO INTERINSTITUCIONAL.



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ICAD

Instituto para os Comportamentos
Aditivos e as Dependências, I.P.

Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P.
Institute on Addictive Behaviours and Dependencies, P.I.

Tel: +351 211 119 000 | E-mail: icad@icad.min-saude.pt | www.icad.pt

