

*Aprovo o presente relatório,
acompanhando as conclusões e
recomendações nele expressas.*

[Assinatura]
2016-12-29

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

RELATÓRIO ANUAL DE MONITORIZAÇÃO

FICHA TÉCNICA

TÍTULO: RELATÓRIO ANUAL DE MONITORIZAÇÃO DA REDE DE REFERENCIAÇÃO / ARTICULAÇÃO NO ÂMBITO DOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DAS DEPENDÊNCIAS - 2016

AUTOR: SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS (SICAD) | DIREÇÃO DE SERVIÇOS DE PLANEAMENTO E INTERVENÇÃO

EDITOR: SICAD

MORADA: ALAMEDA DAS LINHAS DE TORRES, N.º 117, EDIFÍCIO D. CARLOS I, 2º ANDAR 1750- 147 LISBOA

EDIÇÃO: LISBOA 2016

Índice

INTRODUÇÃO.....	4
A. DIVULGAÇÃO DA REDE.....	5
B. ORGANIZAÇÃO GLOBAL.....	6
C. IMPLEMENTAÇÃO DA REDE	8
D. DESENVOLVIMENTO DA REDE.....	9
E. ACOMPANHAMENTO, MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DA REDE	10
F. APRECIÇÃO E RECOMENDAÇÕES	12

INTRODUÇÃO

Tomando como central o cidadão, as suas circunstâncias e as suas reais necessidades, o modelo preconizado pela *Rede de Referência/Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências (CAD)* – doravante denominada de Rede – procura mobilizar com a melhor acuidade possível dispositivos técnicos e humanos que respondam de modo adequado, diferenciado e efetivo aos problemas de saúde das populações no domínio dos CAD.

Visando assegurar a implementação e desenvolvimento da Rede, bem como o seu melhoramento progressivo, os moldes gerais para o seu acompanhamento, monitorização e avaliação encontram-se globalmente predefinidos. Assentam num conjunto de indicadores aprovados no seu documento base, integrando a área de gestão (que caracteriza a implementação da Rede, designadamente no âmbito da divulgação, formação, monitorização e avaliação) e o domínio do desempenho (aferindo processos adstritos à prestação de cuidados assistenciais, nomeadamente nos domínios do rastreio, intervenções breves, referênciação e continuidade de cuidados).

Os processos de acompanhamento, monitorização e avaliação da Rede são objeto de uma análise desenvolvida anualmente, por meio da elaboração de um relatório que visa, por um lado, sistematizar as iniciativas desenvolvidas a nível nacional, concorrentes para o alcance dos objetivos da Rede e, por outro, reportar constrangimentos identificados e propostas para a sua mitigação.

A elaboração deste relatório anual sustenta-se na análise promovida pelo SICAD, devidamente conciliada com as Divisões de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) das Administrações Regionais de Saúde, I.P. (ARS, I.P.) dos produtos inerentes à implementação da Rede, cuja síntese é garantida pelo preenchimento de um Instrumento de Monitorização por cada DICAD. A recolha desses dados de âmbito regional, a sua análise detalhada e a comparabilidade com outros decorrentes de relatórios pregressos permitem obter uma caracterização da dimensão operativa da Rede o que, *per se*, incita caminhos futuros para uma intervenção em CAD que se pretende gradativamente mais integrada e concertada.

Decorrente da definição da Rede em 2013, foi elaborado um Plano de Implementação e de Acompanhamento no qual as metodologias de divulgação e planeamento das ações a desenvolver foram definidas.

A. DIVULGAÇÃO DA REDE

<i>Permite avaliar a disseminação da Rede entre os profissionais das estruturas envolvidas na Rede</i>		Digital	Papel	Presencial
n1	N.º de ações de divulgação nas estruturas de Cuidados de Saúde Primários	-	4	18
n2	N.º de ações de divulgação nas estruturas de Cuidados de Saúde Especializados em CAD	-	2	2
n3	N.º de ações de divulgação nas estruturas de Cuidados de Saúde Hospitalares	-	-	3
n4	N.º de ações de divulgação em outras estruturas	-	-	10
TOTAL		-	6	33

Tabela 1 – Resultados reportados pelas DICAD das ARS, I.P. relativamente ao conjunto de ações desenvolvidas no âmbito da divulgação da Rede

Conforme apresentado na Tabela 1, verifica-se a realização de ações de natureza predominantemente presencial junto de profissionais das várias tipologias de cuidados, em particular no âmbito dos cuidados de saúde primários (CSP). Esta opção reveste-se de particular importância em virtude dos CSP constituírem um veículo de acessibilidade primordial aos cuidados em qualquer domínio de intervenção em saúde, possibilitando o incremento do contacto do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com pessoas com CAD. De todo o modo verifica-se a realização de ações em todos os níveis de cuidados preconizados pela Rede. Reportamos como relativamente significativa a concretização de ações de divulgação junto de outras estruturas, possibilitando o alargamento da implementação da própria Rede. Neste âmbito, uma comunicação sobre a Rede e a sua especificidade na área dos CAD (intitulada “*Rede de Referência/Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências – que desafios?*”) foi objeto de apresentação no II Congresso do SICAD, realizado em Abril de 2016, permitindo a disseminação dos seus princípios organizadores.

De acordo como o reportado em função de critérios geodemográficos, verifica-se que:

- A Administração Regional de Saúde do Centro, I. P. (ARSC, I.P.) desenvolveu um conjunto relevante de ações neste âmbito, tendo realizado um total de 17 das 33 ações reportadas (designadamente em contexto de CSP, cuidados hospitalares e estruturas sócio-comunitárias), disponibilizando igualmente informação sobre a Rede no seu sítio internet;

- A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P. (ARSLVT, I.P.) desenvolveu várias atividades neste âmbito, designadamente:
 - Ao nível dos CSP, foram concretizadas ações em quatro Unidades de Saúde Familiar (USF), o que é relevante atendendo à gradativa necessidade de contratualização de serviços que abrangem intervenções de rastreio em CAD nestes *settings* de cuidados;
 - Ao nível dos cuidados especializados hospitalares uma ação presencial decorreu junto do Serviço de Psiquiatria do Hospital Distrital de Santarém, reforçando os canais de comunicação em situações específicas de comorbilidade psiquiátrica;
 - Ao nível dos cuidados especializados em CAD foram desenvolvidas quatro ações, assim como duas em outras estruturas da comunidade.

- A Administração Regional de Saúde do Alentejo, I. P. (ARSA, I.P.) desenvolveu todo o planeamento para a implementação formal da Rede, cujo início se encontra por efetivar.

- A Administração Regional de Saúde Algarve, I. P. (ARSAAlg, I.P.) desenvolveu algumas atividades neste sector, com enfoque nas estruturas da comunidade.
 Foi desenvolvida uma ação de divulgação, informação e sensibilização sobre os CAD, designadamente acerca do Gabinete de Atendimento a Jovens e Envoltentes (GAJE). Esta ação foi empreendida pela DICAD/ARSAAlg, e abrangeu Equipas Técnicas e Educativas de 4 Casas de Acolhimento Institucional de Crianças e Jovens em Risco, assim como dirigentes da área de ação social.

B. ORGANIZAÇÃO GLOBAL

<i>Permite identificar ações de formação no âmbito da Rede aos profissionais das estruturas envolvidas na Rede</i>		N.º Ações	N.º Formandos
n1	Ações de formação para os profissionais das estruturas de Cuidados de Saúde Primários	4	47*
n2	Ações de formação para os profissionais das estruturas de Cuidados de Saúde Especializados	4	37*
n3	Ações de formação para os profissionais das estruturas de Cuidados de Saúde Hospitalares	3	33*
n4	Ações de formação para os profissionais de outras estruturas	5	86*
TOTAL		19	203*

* N.º estimado de formandos resultante da soma de participantes nas ações promovidas pelas várias ARS e n.º global de formandos reportado pela ARS Centro (n=130), não especificado por estruturas de saúde

Tabela 2 – Resultados reportados pelas DICAD das ARS, I.P. relativamente ao conjunto de ações de formação desenvolvidas no âmbito da organização global da Rede

Através da Tabela 2 é possível verificar a realização de dezanove ações de formação estruturadas dirigidas a profissionais de vários níveis de intervenção no âmbito dos CAD, com uma distribuição homogénea e abrangendo um número importante de interventores.

Dando continuidade a um módulo inicial de formação no âmbito da Rede decorrido em Dezembro de 2015 (*Rede de Referência/Articulação em CAD*), o SICAD desenvolveu no ano de 2016 um conjunto de ações de formação veiculando conteúdos progressos inerentes à Rede, aos seus princípios organizadores e às metodologias preconizadas para o rastreio e intervenção em CAD nos vários níveis de cuidados. Decorreram em Maio de 2016 (*Modelos de Tratamento*, 14 horas) e em Dezembro de 2016 (*Instrumentos de Rastreio*, 7 horas).

Analisando por regiões de saúde, foram reportados os seguintes dados neste contexto:

- A Administração Regional de Saúde do Norte, I. P. (ARSN, I.P.) desenvolveu no âmbito da implementação do projeto-piloto da rede de referência em Cinfães, o *Curso de sensibilização para abordagem de indivíduos com Problemas Ligados ao Álcool e consumo de Outras Substâncias Psicoativas*, dirigido a técnicos dos CSP e a técnicos da rede social. Esta ação de sensibilização teve a duração de 6 horas e contou com a participação de 9 formandos. Ainda neste âmbito realizou-se na DICAD/ARSN uma ação de formação de formadores regionais denominada *Deteção Precoce, Intervenção e Referência*, nos dias 10, 11 e 13 Outubro de 2016 num total de 18 horas, que contou com a participação de 27 formandos.

Esta ação teve como objetivo implicar todas as Unidades de Intervenção Local (UIL) na implementação de projetos-piloto na sua área de abrangência, assim como formar os potenciais profissionais-formadores de cada UIL junto das estruturas de saúde da respetiva área geodemográfica.

- A Administração Regional de Saúde do Centro, I. P. (ARSC, I.P.), e em particular a Unidade de Alcoologia de Coimbra, desenvolveu 3 conferências temáticas, complementadas com visitas ao serviço e contacto com os profissionais que aí trabalham por parte dos participantes. Estiveram envolvidos 130 profissionais das várias estruturas de saúde.
- A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P. (ARSLVT, I.P.) desenvolveu um curso de 8 horas intitulado *Implementação da Rede de Referência/Articulação em CAD no ACES Lezíria – Santarém*, abrangendo um total

de 14 profissionais (médicos de medicina geral e familiar e enfermeiros). Os documentos conformadores da Rede foram objeto de discussão e análise, tendo a formação beneficiado de formadores internos e externos.

C. IMPLEMENTAÇÃO DA REDE

AÇÕES	RESPONSABILIDADE	CALENDÁRIO	INDICADORES			RESULTADOS
Experiências Piloto	Todos os Parceiros	2016	N.º de experiências piloto em cada região de saúde			2
DETALHE DAS EXPERIÊNCIAS PILOTO						
a)	Designação	<i>Projeto CRER – Consulta, Reabilitação, Esperança e Reinserção (ARS Norte, I.P.)</i>				
	Área(s) de abrangência	<i>Distrito(s)</i>	Porto	<i>Concelho(s)</i>	Cinfães	<i>Freguesia(s)</i>
b)	Designação	<i>Lezíria do Tejo (ARSLVT, I.P.)</i>				
	Área(s) de abrangência	<i>Distrito(s)</i>	Santarém	<i>Concelho(s)</i>	Santarém e Cartaxo	<i>Freguesia(s)</i>

Tabela 3 – Resultados reportados pelas DICAD das ARS, I.P. relativamente às experiências-piloto no âmbito da implementação da Rede

- Descrição de aspetos inerentes a cada experiência-piloto:
 - a) A experiência-piloto mencionada pela ARSN, I.P. é descrita pela DICAD dessa região como um projeto ainda em fase de arranque, dado ter iniciado apenas com uma equipa clínica do ACES, entretanto reformulada. Envolve uma parceria entre níveis de cuidados I e II.
 - b) A experiência-piloto mencionada pela ARSLVT, I.P., envolve estruturas de cuidados de nível I e II, em particular uma estrutura de cuidados especializados em CAD (nível II – Equipa de Tratamento de Santarém, CRI Ribatejo) e seis estruturas de CSP de um mesmo ACES - quatro USF e duas Unidades de Cuidados na Comunidade, UCC - (nível I). Em termos de áreas geodemográficas de referência, as tipologias de nível I abrangem um total de 52.688 utentes, sendo esta experiência-piloto focalizada em utentes com *Problemas Ligados ao Álcool* e tabagismo, bem como jovens em risco. No que concerne à tipologia de nível II, esta abrange um total de 1081 utentes com diversos CAD.

Segundo a DICAD/ARSLVT, a apreciação global desta experiência-piloto permite sustentar a importância do trabalho articulado e de parceria entre os níveis de intervenção I e II, e constitui uma melhoria da prestação de cuidados aos utentes com CAD. Apesar das dificuldades de implementação, verifica-se a abertura por parte dos profissionais para a manutenção e incremento desta articulação.

D. DESENVOLVIMENTO DA REDE

Os dados reportados pelas DICAD relativos ao total de utentes rastreados no âmbito dos CAD (n=4) constituem um claro indicador de que as práticas de rastreio neste domínio não se encontram consolidadas nos vários níveis de cuidados, priorizando-se apenas a observação clínica em detrimento da aplicação de instrumentos *standard*.

A informatização das metodologias de rastreio, designadamente nos sistemas de registo e encaminhamento usados nos CSP, poderá ter um impacto positivo na adesão dos técnicos à aplicação destas medidas e à sua utilização na tomada de decisão para a referenciação.

Ao longo do ano de 2016 o SICAD integrou o Grupo de Trabalho que elaborou o Programa de Detecção Precoce e Intervenções Breves dirigido ao consumo excessivo de álcool e tabaco nos Cuidados de Saúde Primários, a nível nacional, em conformidade com o estabelecido no Despacho n.º 3802/2015 - Diário da República n.º 74/2015, de 16 de abril, Série II de Ministério da Saúde. Decorrente do preconizado pelo Relatório subjacente ao trabalho desenvolvido, o SICAD encetou várias diligências com os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, de onde se destacam os seguintes pontos (complementados por informação constante do Anexo I):

- levantamento de requisitos e definição de perfis profissionais de acessibilidade à plataforma informática;
- aferição de aspetos a ter em conta no módulo a implementar tendo por base o *SClínico*;
- fluxos do módulo a desenvolver, designadamente com a introdução de instrumentos de rastreio.
- apresentação do SIM (Sistema de Informação Multidisciplinar);
- apresentação *SClínico* (cuidados de saúde primários, CSP)
integração bilateral *SClínico*-SIM, pretendendo-se que a integração entre estes sistemas se processe através de dois *Webservices*;
- análise do estado da especificação da integração dos sistemas – SIM e *SClínico*;
- discussão sobre a necessidade de desenvolvimento de um módulo específico para este projeto, de modo a possibilitar todos os registos associados (ex: intervenções breves);

- ponderação sobre a partilha da estrutura de registo pensada no âmbito da Cessação Tabágica;
- definição da arquitetura de integração de sistemas;
- definição de algoritmos da rede para os utilizadores das plataformas;
- definição de critérios para a gravação do histórico dos questionários com a possibilidade de consulta;

E. ACOMPANHAMENTO, MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DA REDE

Neste âmbito decorreu uma reunião entre o SICAD e as DICAD em Junho de 2016, tendo como objetivo avaliar a execução das duas experiências-piloto e homogeneizar procedimentos a implementar. De facto várias regiões de saúde encontram-se ainda sem experiências-piloto no terreno, dificultando avaliar a real implementação e eficácia do modelo preconizado pela Rede.

O acompanhamento do processo de implementação da Rede tem vindo a decorrer de forma lenta, requerendo a curto/médio-prazo uma mobilização mais efetiva e eficaz das parcerias que a mesma propõe. A realização de reuniões regulares entre representantes das DICAD, o SICAD e outros parceiros (ex: programas prioritários da Direção-Geral da Saúde) carece de um investimento mais continuado.

Relativamente à monitorização da Rede, o SICAD utiliza um modelo para o efeito cujo conteúdo foi reformulado e sintetizado no corrente, permitindo um preenchimento mais focalizado no diagnóstico a nível regional (Anexo II). Auscultadas as DICAD neste âmbito, foram conferidos os seguintes *feedbacks* que se sistematizam na Tabela 4.

DICAD - ARSC, I.P.

"Continuamos a sentir algumas dificuldades na implementação de uma experiência piloto e das quais gostaria de salientar:

- 1. Não contratualização de objetivos na área dos CAD entre a ARS Centro e os ACES*
- 2. Sucessivas mudanças estruturais nos ACES. Há uma grande tendência para a criação de USF*
- 3. Maior dificuldade no trabalho com as USF, muito direcionadas para cumprir objetivos contratualizados.*
- 4. Inexistência da aplicação informática ALERT nos serviços da DICAD, dificultando assim a rápida referenciação de utentes.*
- 5. Inexistência de informatização dos instrumentos de avaliação, AUDIT e ASSIST. Pelo que podemos verificar tudo aquilo que tem de ser realizado é registado diretamente na aplicação informática, incluindo escalas de avaliação. Neste caso a área do tabaco também consta*
- 6. Indefinição sobre o futuro das estruturas da DICAD neste momento integradas nas ARS. Continuamos a ouvir falar de cuidados primários, hospitalares e continuados, e toda a legislação, orientação e normativo é pensada para estas três estruturas."*

DICAD - ARS LVT, I.P.

"A apreciação global desta experiência piloto de implementação da RRA, permite confirmar a vantagem de um trabalho articulado entre as várias estruturas de saúde na abordagem CAD. Verificou-se existir abertura dos profissionais de saúde para um trabalho de ligação entre os vários serviços, isto apesar da pressão de trabalho existente em cada uma das Unidades de Saúde. Porém, é reconhecido pelos profissionais, e pelos responsáveis das Unidades de Saúde, que esta parceria entre serviços de intervenção no nível I, nível II e mesmo de nível III, constitui uma mais valia e potencia uma melhor prestação de cuidados aos utentes com CAD.

Vai ser dada continuidade, ao longo do ano de 2017, a esta dinâmica de formação específica na área dos CAD, bem como à realização de reuniões de acompanhamento periódico entre o CRI do Ribatejo e as várias Unidades de Saúde do ACES da Lezíria (...). Existe também um projeto de utilização de uma plataforma informática (tipo moodle, boxnet...) , através da qual os profissionais que participam na experiência piloto de implementação da RRA, poderão partilhar informações, documentação, publicações específicas.

(...) seria muito facilitador deste processo de articulação / referenciação, a possibilidade de se utilizar para essa ligação entre os serviços de saúde, uma plataforma informática, que julgamos estar em desenvolvimento."

DICAD – ARS Alentejo, I.P.

"A "Rede" funciona informalmente EM TODA A REGIÃO, estando os Centros de Saúde perfeitamente informados da nossa existência e colaborando em várias vertentes, desde a Prevenção (Unidades de Cuidados na Comunidade) até à dispensa de metadona por prescrição nossa.

Para a correta implementação da Rede de Referenciação, esta deveria igualmente ser efetuada via SIM, dando a possibilidade de os médicos de Família enviarem os doentes para marcação por essa via o que não foi feito pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. De igual forma seria aberta no SIM a possibilidade de agendarmos consultas nas especialidades hospitalares.

Foi colocado no SIM o item/ícone para selecionar referindo consultas vãs mas não está efetivamente ligado aos hospitais e centros de saúde..."

(...) as resistências e as contingências do sistema são imensas... as dificuldades em reunir e decidir com os parceiros são muitas e a recetividade nem sempre é a melhor."

Tabela 4 – Considerações emitidas pelas DICAD – ARS, I.P. sobre a implementação da Rede.

F. APRECIÇÃO E RECOMENDAÇÕES

As considerações emitidas, em conjugação com os tópicos tomados pelo SICAD como relevantes no âmbito do processo de implementação da Rede, poderão ser analisadas a partir da seguinte análise SWOT:

	FORÇAS	FRAQUEZAS
ENVOLVENTE INTERNA	<ul style="list-style-type: none"> – Experiências-piloto implementadas em algumas regiões com trabalho positivo e articulado – Abertura dos profissionais para a melhoria da prestação de cuidados em CAD – Articulação informal estabelecida entre diferentes níveis de cuidados em regiões onde os procedimentos da Rede se encontram menos instituídos 	<ul style="list-style-type: none"> – Não contratualização de objetivos na área dos CAD entre as ARS e as estruturas prestadoras de CSP – Não informatização de instrumentos de rastreio nas várias estruturas de cuidados – Não informatização de procedimentos de referenciação entre diferentes níveis de cuidados – Dispersão de tomadas de decisão a nível regional em detrimento de um poder decisório central
ENVOLVENTE EXTERNA	<ul style="list-style-type: none"> – Artigo 134º da Lei nº 42/2016 - Orçamento do Estado para 2017 (DR 1ª Série, nº 248 de 28 de dezembro de 2016) 	<ul style="list-style-type: none"> – Manutenção da cisão entre respostas operacionais e organização técnico-científica dos cuidados – Inexistência de uma plataforma informática única no âmbito dos vários tipos de cuidados e que integre eficazmente a referenciação a CAD – Vacuidade comunicacional ao nível do SNS relativa aos cuidados especializados em CAD

A análise efetuada parece salientar em particular as dificuldades de consolidação de uma abordagem integrada em CAD, que contemple o adequado rastreio e referenciação dos utentes em função das suas condições clínicas. Por outro lado, a dificuldade em colocar no terreno experiências-piloto que materializem e consubstanciem os procedimentos da Rede faz evidenciar o impacto menos positivo da dispersão de interlocutores na área dos CAD (envolvendo diferentes níveis de Administração) protagonizada pela última Lei Orgânica do Ministério da Saúde.

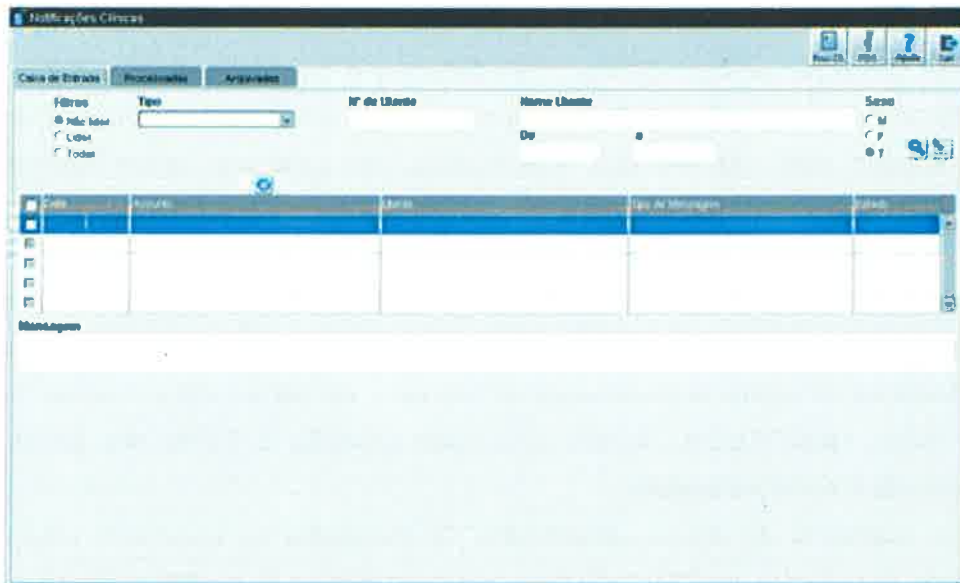
Face ao exposto somos de parecer que:

- A implementação da Rede tem vindo a ser insuficientemente assegurada, em virtude de um conjunto de variáveis que envolve as especificidades regionais, as dificuldades de articulação entre vários interlocutores e do histórico da prestação de cuidados em CAD em Portugal;
- A integração de níveis de cuidados em CAD nos CSP tem vindo a decorrer de forma pouco homogénea entre as várias regiões de saúde. A instituição dos procedimentos preconizados pela Rede parece decorrer de uma forma mais pronunciada em áreas urbanas. Em áreas geodemográficas mais dispersas e eventualmente ruralizadas, os considerandos das respetivas DICAD fazem sobressair a continuidade de procedimentos de articulação mais informais que, apesar disso, vão garantindo algum suporte às populações com CAD mas não garantem, por ora, a necessária equidade que seria expectável;
- A análise desenvolvida permite identificar alguns pontos fortes conseguidos com o trabalho de implementação desenvolvido até ao momento. Contudo, a não informatização de alguns procedimentos de rastreio e de referenciação a outros níveis de cuidados especializados, impede uma maior eficiência e fluidez dos canais de comunicação e encaminhamento;
- A parca expressão de fatores considerados *Oportunidades* na envolvente externa à prestação de cuidados em CAD pode fazer perigar a robustez do modelo em análise. De facto, a envolvente externa não inclui apenas a ação de instituições de diferentes âmbitos mas também uma cultura de prestação de cuidados ainda relativamente enviesada, que tende a excluir os CSP das respostas em CAD. A Rede procurou instituir um nível prévio, fundamental a uma melhor referenciação de situações e alargamento da acessibilidade, e que deverá decorrer predominantemente no domínio dos CSP. Este nível prévio não se tem revelado tão profícuo como desejável, contrariamente ao que se previa com a integração dos CRI nas ARS. As DICAD constituem estruturas tuteladas financeira e administrativamente pelas ARS, mas regem-se naturalmente por referenciais técnico-normativos do SICAD, o que requer um esforço de interligação e consistência extremamente pronunciado, não facilitando processos de implementação de procedimentos operativos. A reconstituição de uma estrutura técnico-científica, operativa e efetivamente especializada em CAD é imperativa para a maximização da boa prestação de cuidados às populações neste âmbito.


ANEXO I

(Síntese do trabalho desenvolvido no âmbito da articulação SICAD-SPMS)

- Levantamento de requisitos e definição de perfis profissionais de acessibilidade à plataforma informática;
- Aferição de aspetos a ter em conta no módulo a implementar tendo por base o *SCLínico*:



Para efeitos de referência para a rede foram abordadas as hipóteses:

1. Através do botão de referências do SCLínico - "Referência Interna e Externa" 
A sugestão abordada foi a de seguir o exemplo do SISO e criar um programa de acordo com as especificações deste projeto;
2. Através do ecrã dos formulários (AUDIT e ASSIST), mediante o score destas escalas.
3. Pretende-se que as notificações enviadas pelo SIM, referentes ao acolhimento e alta ou abandono, sejam visualizadas pelos profissionais, no SCLínico-CSP, no ecrã de "Notificações Clínicas"

- Integração bilateral SClinico-SIM, pretendendo-se que a integração entre estes sistemas se processe através de dois Webservices:

Ficha Individual

Identificação do Utente

Nome: Paciente X | Idade: 66 anos | Nº Processo: 202

Habilitações

Profissão: | Notas: | Situação Profissional: Lactar

Vacinações

Tétano: VASPR | Tipo: [] | FC: [] | Altura (cm): 195

Hábitos

Alcool: [] | Med. Abuso: [] | Tabaco: [] | Drogas: []

Consultas

Data	Peso (kg)	IMC	P. Abd.	TAB	TAB	FC (Temp. FR)	FEVI	Made.	OD (D.E.)	T.G.C.	Alcool	Tabaco	Carb. Tabaco	ACU	R	Diabetes	D	AVAD	Rastreio
29-02-2016	100	26,3									C								Bélica
24-02-2016											C	37							
03-09-2007	65	17,1		135	90						C								
01-02-2007	80,54	23,8									C								

Registo do SClinico de consumo de Álcool ou Drogas

Bsc de Alcool

Formulários | Histórico

Identificação do Utente

Nome: | Idade: | Nº Processo: | Data: | Hora: |

Grupos

AUDIT C
AUDIT
ASSIST

Itens do Grupo

Questões

1 Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?
Nunca
Uma vez/mês ou menos
2 a 4 vezes/semana
4 vezes ou mais por semana

2 Quando bebe, quantas bebidas?
1 ou 2
3 ou 4
5 ou 6
7 a 9
10 ou mais

3 Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa oca?

Parâmetros da Escala

Item	Valor
1 Com que frequência consome bebidas que contêm álcool	2 a 4 vezes/mês
2 Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool	3 ou 4

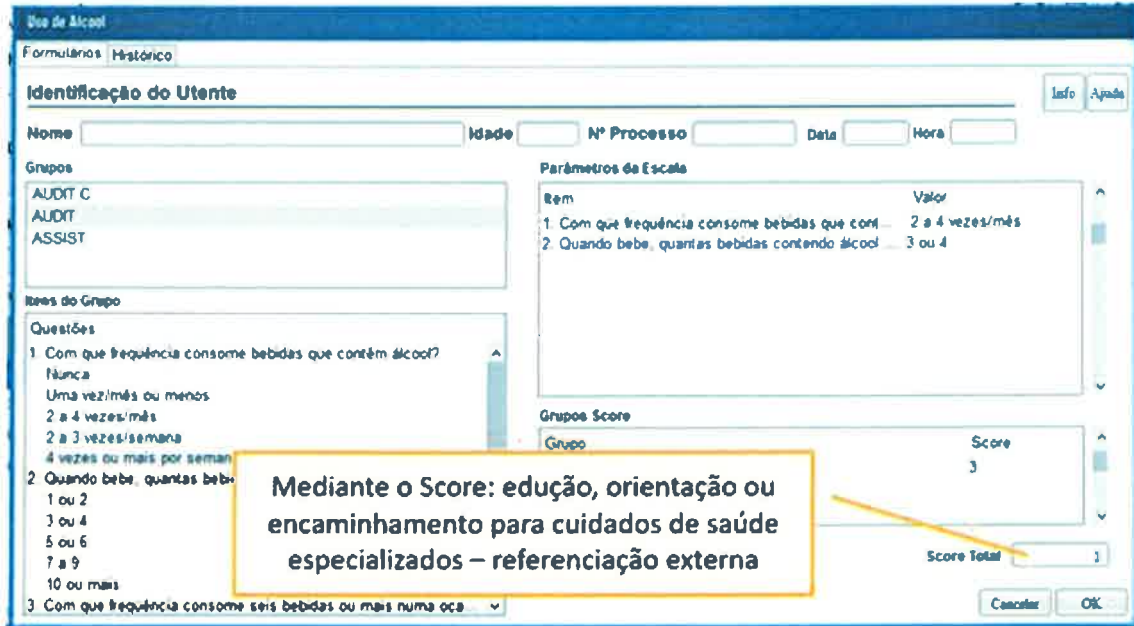
Grupos Score

Grupo: | Score: 3

Score Total: 3

Mediante o Score: educação, orientação ou encaminhamento para cuidados de saúde especializados – referência externa

Total Score (calculado automaticamente)



Item	Valor
1 Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?	2 a 4 vezes/mês
2 Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool?	3 ou 4

Grupos Score

Grupo	Score
	3

Score Total 3

Mediante o Score: educação, orientação ou encaminhamento para cuidados de saúde especializados – referência externa

Este *Total Score* deverá obrigatoriamente indicar para o caso do AUDIT e ASSIST:

1. Nível de Risco
2. Problema
3. Intervenção preconizada

Após o preenchimento do questionário, o profissional deverá indicar que ação realizou no âmbito da consulta (apenas pode indicar uma das opções):

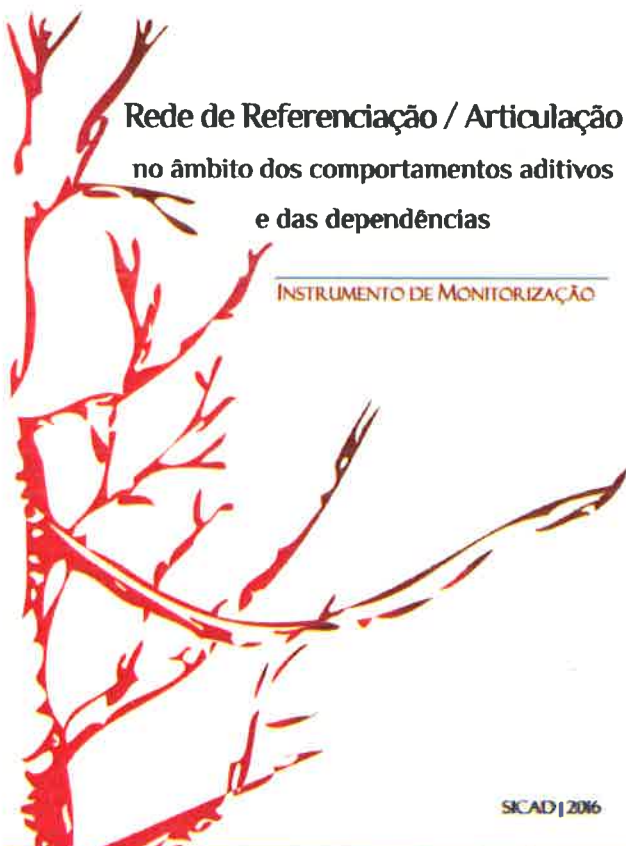
- ✓ Reforço positivo para manter a abstinência/nível de consumo de baixo risco;
- ✓ Aconselhamento simples;
- ✓ Intervenção breve;
- ✓ Referência (esta opção apenas disponível para o médico).

Notas:

1. Gravação do histórico dos questionários com a possibilidade de consulta - A informação a enviar via *webservice* aquando da referência será sempre a correspondente ao último questionário.
2. Deverá ser apresentado ao utilizador caso tenha os 2 questionários preenchidos (AUDIT-C/ AUDIT e ASSIST) se pretende enviar 1 ou 2 questionários.

ANEXO II

(Instrumento de monitorização da implementação da Rede)



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

INSTRUMENTO DE MONITORIZAÇÃO

SICAD | 2016

NOTA PRÉVIA

Este instrumento procura sintetizar um conjunto de ações e indicadores escritos que no documento de apoio da Rede de Referência/Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências que no seu Plano de Referência e de Acompanhamento, cuja implementação está promovida e acompanhada e acompanhada da Rede. Por outro lado, prevê a apresentação de um relatório anual no qual conste uma análise das iniciativas desenvolvidas a nível nacional e regional que tenham, considerado para o alcance dos objetivos definidos.

O presente instrumento tem como finalidade recolher dados e informação globais junto de cada um dos parceiros da Rede, caracterizando o trabalho realizado em cada ano.

Desde já agradecemos a V. Exatidão.

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

A. DIVULGAÇÃO DA REDE

DETALHE DE A. DIVULGAÇÃO DA REDE (Avaliar a disseminação da Rede entre os profissionais das estruturas envolvidas na Rede)		RESULTADOS		
		Digital	Papel	Presencial
n1	N.º de ações de divulgação nas estruturas de Cuidados de Saúde Primários			
n2	N.º de ações de divulgação nas estruturas de Cuidados de Saúde Especializados em CAD			
n3	N.º de ações de divulgação nas estruturas de Cuidados de Saúde Hospitalares			
n4	N.º de ações de divulgação em outras estruturas			
Outros dados considerados pertinentes neste tópico				
Redija o seu texto aqui				

B. ORGANIZAÇÃO GLOBAL

DETALHE DE B. FORMAÇÃO (Identificar a formação no âmbito da Rede aos profissionais das estruturas envolvidas na Rede)		RESULTADOS	
		N.º Ações	N.º Formandos
n1	Ações de formação para os profissionais das estruturas de Cuidados de Saúde Primários		
n2	Ações de formação para os profissionais das estruturas de Cuidados de Saúde Especializados		
n3	Ações de formação para os profissionais das estruturas de Cuidados de Saúde Hospitalares		
n4	Ações de formação para os profissionais de outras estruturas		
Outros dados considerados pertinentes neste tópico			
Redija o seu texto aqui			

C. IMPLEMENTAÇÃO DA REDE

AÇÕES	RESPONSABILIDADE	CALENDRÁRIO	INDICADORES	RESULTADOS
C.1. Fase I – Experiências Piloto*	Todos os Parceiros	2016	N.º de experiências piloto em cada região de saúde	
C.2. Fase II – Alargamento			% de Unidades de cada região de saúde integradas na Rede	
C.1. Fase III – Abrangência Nacional			% de Unidades de cada região de saúde integradas na Rede	

DETALHE DA EXPERIÊNCIA PILOTO (Identificar e caracterizar a Experiência piloto)

Designação	Área(s) de abrangência	Distrito(s)	Concelho(s)	Freguesia(s)
Caraterização				

DETALHE DAS ESTRUTURAS (Identificar e caracterizar cada estrutura que integra a experiência piloto/Rede, quer seja dos Cuidados de Saúde Primários, Especializados, Hospitalares e outras)

Designação	Nível de intervenção			Tipo de Estrutura	Freguesia(s)
	I	II	III		
Área(s) de abrangência	Distrito(s)			Concelho(s)	
Grupo(s) alvo específico(s) abrangido(s)					% de utentes abrangidos

(Quadro a replicar por cada estrutura que integra a Experiência Piloto)

Outros dados considerados pertinentes neste tópico

Redija o seu texto aqui

D. DESENVOLVIMENTO DA REDE

	RESULTADOS	
	AUDIT	ASSIST
D.1. Total de utentes rastreados		
D.2. Total de utentes alvo de intervenções breves		
D.3. Valor médio dos intervalos entre a referenciação e a 1ª consulta		
D.4. Total de utentes com continuidade de cuidados		
Outros dados considerados pertinentes neste tópico		
Redija o seu texto aqui		

E. ACOMPANHAMENTO, MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DA REDE

AÇÕES	RESPONSABILIDADE	CALENDRÁRIO	INDICADORES	RESULTADOS
E.1. Acompanhamento e Monitorização	Todos os Parceiros	2014-2016	N.º de relatórios	
E.2. Avaliação	Todos os Parceiros	2014-2017	N.º de relatórios	

II APRECIACÃO GLOBAL E RECOMENDAÇÕES

Redija o seu texto aqui

DATA
 LOCAL
 ASSINATURA



