

Formulário de Encaminhamento Interagências e Nota de Orientação



IASC

Inter-Agency Standing Committee
IASC Reference Group for Mental Health and
Psychosocial Support in Emergency Settings

© Grupo de Referência do Comité Permanente Interagências (IASC) para a Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias, 2017.

O IASC (Comité Permanente Interagências) foi criado em 1992 como resposta à Resolução 46/182 da

Assembleia Geral, que convergia para uma coordenação reforçada da assistência humanitária.

A resolução estabeleceu o IASC como o mecanismo primário de facilitação de tomada de decisões

interinstitucionais, em resposta a emergências complexas e desastres naturais. O IASC é formado por líderes de um vasto conjunto de organizações humanitárias participantes ou não das Nações Unidas. Para obter mais informações sobre o IASC, consulte o website (em inglês): www.humanitarianinfo.org/iasc.

Esta publicação do IASC está disponível na página da Web do Grupo de Referência do IASC para a Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias, em:

<https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings>

Citação sugerida:

Grupo de Referência do Comité Permanente Interagências (IASC) para a Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias, Formulário de Encaminhamento Interagências e Nota de Orientação, IASC, Genebra, 2017.

Fotografia da capa © Girls with lego: Michael McCauslin/ 2014/ Federação Internacional da Cruz Vermelha e Sociedades do Crescente Vermelho. Prótese no Afeganistão: Ash Sweeting/ 2008/ Afeganistão/ International Committee of the Red Cross. Encaminhamento no Uganda: Victor Lacken/ 2012/ Uganda/ Federação Internacional da Cruz Vermelha e Sociedades do Crescente Vermelho. Nutrição em Sahel: Sarah Oughton/ 2012/ Sahel/ Federação Internacional da Cruz Vermelha e Sociedades do Crescente Vermelho. Reconstrução de abrigos: IFRC/ 2016/ Nepal/ Federação Internacional da Cruz Vermelha e Sociedades do Crescente Vermelho

Para enviar comentários ou sugestões para a melhoria desta publicação, contacte-nos através do e-mail: mhps.refgroup@gmail.com

Agradecimentos:

O conteúdo desta publicação foi desenvolvido pelo Grupo de Referência do IASC para a Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias. A liderança da equipa operacional responsável pelo seu desenvolvimento, incluiu:

Sarah Harrison (Centro de Referência da Federação Internacional da Cruz Vermelha e Sociedades do Crescente Vermelho para o Apoio Psicossocial ou Centro Psicossocial do IFRC), Mark Jordans (War Child Holland and King's College London), Guglielmo Schinina (Organização Internacional para as Migrações), Mark van Ommeren (Organização Mundial de Saúde) e Inka Weissbecker (International Medical Corps).

O desenvolvimento desta publicação foi gerido e financiado pelo Centro de Referência do IFRC para o Apoio Psicossocial.

Nota de Orientação sobre Encaminhamento Interagências para SMAPS

O que é um encaminhamento interagências?

Um encaminhamento é o processo de encaminhar um cliente para outro prestador de serviços sempre que a ajuda de que este cliente necessita está para além dos conhecimentos ou fora do âmbito de trabalho do prestador de serviços atual. Um encaminhamento pode ser feito para uma grande variedade de serviços, como a saúde, atividades psicossociais, serviços de proteção, nutrição, educação, abrigo, assistência material ou financeira, reabilitação física, centro comunitário e/ou uma agência de serviços sociais.

Quem pode utilizar o formulário de encaminhamento?

O formulário de encaminhamento destina-se à utilização por parte de organizações humanitárias que trabalham com pessoas com problemas de SMAPS. O formulário de encaminhamento e a nota de orientação são ferramentas que visam facilitar os encaminhamentos interagências, as vias de encaminhamento, as formações e sessões de trabalho, e servem ainda como uma forma para documentar os encaminhamentos em conformidade com as normas mínimas. O formulário de encaminhamento e a nota de orientação podem ser utilizados por qualquer prestador de serviços. Por exemplo, um médico a trabalhar num centro de cuidados de saúde primários pode encaminhar uma criança para um espaço seguro para crianças ou um programa de nutrição; um gestor de casos pode encaminhar um cliente para um programa de reabilitação física. Também pode ser utilizado por pessoas que prestam primeiros cuidados psicológicos, dependendo da função ou das responsabilidades da pessoa, após terem sido expostas a um evento potencialmente traumático.

O formulário de encaminhamento foi concebido para facilitar os encaminhamentos entre os quatro níveis da pirâmide de intervenções de SMAPS do IASC¹. Os gestores de casos e os trabalhadores comunitários poderão considerar a ferramenta particularmente útil no seu trabalho com clientes individuais e respetivas famílias.

O formulário de encaminhamento não é uma ferramenta para detetar pessoas com perturbações mentais, neurológicas e/ou de consumo de substâncias (MNS). Em vez disso, pode ser utilizado para encaminhar pessoas para serviços de cuidados de saúde mental para avaliação e acompanhamento.

Como posso fazer um encaminhamento?

Na sua essência, os passos necessários para fazer um encaminhamento são:

1. Identificar o problema: qual é a necessidade do cliente? Identificar e/ou avaliar os problemas do cliente, as suas necessidades e os pontos fortes do atual prestador de cuidados (por exemplo, se o cliente é menor de idade ou se apresenta graves limitações ao nível da capacidade de funcionamento e requer ajuda do cuidador nesse sentido).
2. Identificar a organização ou agência que pode responder a esta necessidade. Identificar e mapear outros prestadores de serviços que poderão ajudar o cliente e/ou o cuidador na resposta às suas necessidades específicas. As informações sobre outros serviços nas suas áreas geográficas podem ser obtidas junto de guias de serviços, relatórios de mapeamento “4W” ou reuniões de coordenação². Verificar se a criança já se encontra incluída no sistema de gestão de proteção de crianças (por exemplo, plataforma Primero)³
3. Contactar o prestador de serviços para confirmar a elegibilidade. Contactar os outros prestadores de serviços com antecedência, para saber mais acerca dos serviços prestados e dos seus critérios de elegibilidade, a menos que o tipo específico de encaminhamento já seja habitual junto desse prestador de serviços. As informações solicitadas devem incluir os detalhes do protocolo de encaminhamento e se o prestador de serviços poderá ou não ajudar o cliente.
4. Explicar o processo de encaminhamento ao cliente. Fornecer informação sobre os serviços disponíveis e explicar o encaminhamento ao cliente e/ou cuidadores (por exemplo, quais são os serviços fornecidos? Onde está localizado o prestador de serviços? Como pode o cliente dirigir-se ao prestador e receber os serviços? Qual o motivo da recomendação do encaminhamento?). Tenha em conta que o cliente pode optar por recusar o encaminhamento.
5. Documentar o consentimento. Se o cliente aceitar ser encaminhado, é necessário obter consentimento antes de partilhar as informações do cliente com terceiros e deve ser acordado com o cliente quais as informações que podem ser partilhadas. Se o cliente for menor de idade, deve ser obtido o consentimento dos pais ou cuidadores.
6. Efetuar o encaminhamento. Preencher o formulário de encaminhamento interagências em triplicado (x1 cópia para a agência de encaminhamento, x1 cópia para o cliente/ cuidador, x1 cópia para a agência de destino). Fornecer as informações de contacto da agência de encaminhamento ao cliente e acompanhá-lo à agência de encaminhamento, se necessário. Também é possível efetuar encaminhamentos por telefone (em caso de emergência), por e-mail ou através de uma aplicação ou base de dados. Consulte o Anexo 1 para ver formulários de encaminhamento do IASC.
7. Fazer o acompanhamento com o cliente e a agência de destino para garantir que o encaminhamento foi bem sucedido e proceder à troca de informação, caso o cliente tenha autorizado a mesma. As áreas para acompanhamento incluem: o cliente recebeu os serviços planeados? Qual foi o efeito? O cliente e/ou o cuidador ficaram satisfeitos com o processo de encaminhamento e os serviços recebidos?
8. Armazenamento de informações e confidencialidade. Todos os formulários de encaminhamento e ficheiros do caso devem ser armazenados em armários seguros (trancados) para garantir a implementação da recolha de dados, gestão e armazenamento da informação de uma forma segura e ética.

Como posso trabalhar em conjunto com diferentes agências para coordenar os encaminhamentos?

A implementação bem-sucedida de um sistema de encaminhamento interagências implica que as agências participantes (1) adotem uma documentação de encaminhamentos uniformizada (por exemplo, um formulário de encaminhamento uniformizado - consulte os formulários de encaminhamento do IASC e a chave nos Anexos 1 e 2), (2) acordem em específicas formas de encaminhamento, bem como os procedimentos e as normas para a realização de encaminhamentos (por exemplo, qual a organização mais adequada para servir que tipo de clientes), (3) ministrem formação relevante aos colaboradores acerca da utilização da documentação, das normas e dos procedimentos e (4) participem em atividades de coordenação, como o mapeamento de serviços SMAPS “4W” (quem faz o quê, onde e quando), reuniões de coordenação e sessões de trabalho sobre encaminhamentos.

Estes passos devem ser coordenados através dos mecanismos existentes, como os grupos de coordenação de SMAPS interagências ou através de agrupamentos/grupos de trabalho relevantes. É recomendável que este esforço seja intersetorial e que inclua entidades de setores como a nutrição, coordenação e gestão do campo (CCCM), educação, proteção, SMAPS e saúde.

Monitorização e avaliação de encaminhamentos e sistemas de encaminhamento em funcionamento

O bom resultado do sistema de encaminhamento interagências pode ser monitorizado através de vários indicadores, dependendo das necessidades de dados e relatórios das agências. Por exemplo, a um nível básico, as agências poderiam reportar um aumento na colaboração interagências através da aceitação de um formulário único de encaminhamento, que seria utilizado por todas as agências de coordenação, indicando o número de agências que adotam o formulário e que estão comprometidas a formar os seus colaboradores sobre sua utilização. A um nível mais alto, as agências poderiam monitorizar um aumento na capacidade dos colaboradores para realizar encaminhamentos bem-sucedidos através de pré-testes, pós-testes e pós-testes adiados (testes posteriores) ou do número de encaminhamentos bem-sucedidos documentados através de ferramentas de medição de qualidade e monitorização interagências. Sempre que relevante, todos os indicadores devem ser desagregados por sexo e idade. Consulte o Anexo 3 para obter uma lista de indicadores de resultado e efeito com meios de verificação correspondentes para medir os encaminhamentos e sistemas de encaminhamento em funcionamento.

¹ Comité Permanente Interagências (IASC) (2007). Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias. Genebra: IASC, p11-13.

² O guia do IASC “4Ws: Who is Doing What, Where and When in Mental Health and Psychosocial Support Emergency Settings” poderá ser particularmente útil ao selecionar os prestadores de serviços.

³ <http://www.primerio.org/>

Cópia da agência de encaminhamento

Rotina Urgente Data de Encaminhamento (DD/MM/AA):

Agência de Encaminhamento	
Agência/Organização:	Contacto:
Telefone:	E-mail:
Localização:	

Agência de Destino	
Agência/Organização:	Contacto (se conhecido):
Telefone:	E-mail:
Localização:	

Informação do Cliente	
Nome:	Telefone:
Endereço:	Idade:
Sexo:	Nacionalidade:
Idioma:	Número de Identificação:

Se o cliente for menor de idade (menos de 18 anos)	
Nome do principal cuidador:	Relação com a criança:
Informação de contacto do cuidador:	A criança está separada ou não acompanhada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
O cuidador foi informado acerca do encaminhamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Em caso negativo, explicar porquê)	

Informações de contexto/Motivo para o encaminhamento: (descrição do problema, duração, frequência, etc.) e Serviços já prestados	
O cliente foi informado acerca do encaminhamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Em caso negativo, explicar porquê abaixo)	O cliente foi encaminhado para outras organizações? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Em caso afirmativo, explicar porquê abaixo)

Serviços Solicitados		
<input type="checkbox"/> Serviços de saúde mental	<input type="checkbox"/> Serviços/apoio de proteção	<input type="checkbox"/> Abrigo
<input type="checkbox"/> Intervenções psicológicas	<input type="checkbox"/> Centro comunitário/Serviços sociais	<input type="checkbox"/> Assistência material
<input type="checkbox"/> Cuidados de saúde físicos	<input type="checkbox"/> Serviços de localização da família	<input type="checkbox"/> Nutrição
<input type="checkbox"/> Reabilitação física	<input type="checkbox"/> Assistência jurídica	<input type="checkbox"/> Assistência financeira
<input type="checkbox"/> Atividades psicossociais	<input type="checkbox"/> Educação	
Explique o motivo dos serviços solicitados:		

Consentimento para divulgação da informação (ler com o cliente/cuidador e responder a quaisquer perguntas antes de este assinar o documento, abaixo)
Eu, _____ (nome do cliente), compreendo que a finalidade do encaminhamento e da divulgação desta informação a _____ (agência de destino) é garantir a segurança e a continuidade dos cuidados por parte dos prestadores de serviços que procuram servir o cliente. O prestador de serviços, (agência de encaminhamento), explicou-me claramente o procedimento de encaminhamento e indicou-me as informações exatas que serão divulgadas. Ao assinar este formulário, autorizo esta troca de informação.
Assinatura da entidade responsável:
(cliente ou cuidador, em caso de menor). Data (DD/MM/AA):

Detalhes do Encaminhamento
Existem algumas restrições de contacto ou outras? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Em caso afirmativo, explicar porquê abaixo)
Encaminhamento entregue através de: <input type="checkbox"/> Telefone (só em caso de emergência) <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Formato eletrónico (por exemplo, aplicação ou base de dados) <input type="checkbox"/> Pessoalmente
Acompanhamento esperado através de: <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Pessoalmente. Até à data (DD/MM/AA):
As agências de informação aceitam a troca de informações no acompanhamento:

Cópia do cliente

Rotina Urgente Data de Encaminhamento (DD/MM/AA):

Agência de Encaminhamento	
Agência/Organização:	Contacto:
Telefone:	E-mail:
Localização:	

Agência de Destino	
Agência/Organização:	Contacto (se conhecido):
Telefone:	E-mail:
Localização:	

Informação do Cliente	
Nome:	Telefone:
Endereço:	Idade:
Sexo:	Nacionalidade:
Idioma:	Número de Identificação:

Se o cliente for menor de idade (menos de 18 anos)	
Nome do principal cuidador:	Relação com a criança:
Informação de contacto do cuidador:	A criança está separada ou não acompanhada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
O cuidador foi informado acerca do encaminhamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Em caso negativo, explicar porquê)	

Informações de contexto/Motivo para o encaminhamento: (descrição do problema, duração, frequência, etc.) e Serviços já prestados	
O cliente foi informado acerca do encaminhamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Em caso negativo, explicar porquê abaixo)	O cliente foi encaminhado para outras organizações? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Em caso afirmativo, explicar porquê abaixo)

Serviços Solicitados		
<input type="checkbox"/> Serviços de saúde mental	<input type="checkbox"/> Serviços/apoio de proteção	<input type="checkbox"/> Abrigo
<input type="checkbox"/> Intervenções psicológicas	<input type="checkbox"/> Centro comunitário/Serviços sociais	<input type="checkbox"/> Assistência material
<input type="checkbox"/> Cuidados de saúde físicos	<input type="checkbox"/> Serviços de localização da família	<input type="checkbox"/> Nutrição
<input type="checkbox"/> Reabilitação física	<input type="checkbox"/> Assistência jurídica	<input type="checkbox"/> Assistência financeira
<input type="checkbox"/> Atividades psicossociais	<input type="checkbox"/> Educação	
Explique o motivo dos serviços solicitados:		

Consentimento para divulgação da informação (ler com o cliente/cuidador e responder a quaisquer perguntas antes de este assinar o documento, abaixo)	
Eu, _____ (nome do cliente), compreendo que a finalidade do encaminhamento e da divulgação desta informação a _____ (agência de destino) é garantir a segurança e a continuidade dos cuidados por parte dos prestadores de serviços que procuram servir o cliente. O prestador de serviços, (agência de encaminhamento), explicou-me claramente o procedimento de encaminhamento e indicou-me as informações exatas que serão divulgadas. Ao assinar este formulário, autorizo esta troca de informação.	
Assinatura da entidade responsável:	
(cliente ou cuidador, em caso de menor). Data (DD/MM/AA):	

Detalhes do Encaminhamento	
Existem algumas restrições de contacto ou outras? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Em caso afirmativo, explicar porquê abaixo)	
Encaminhamento entregue através de: <input type="checkbox"/> Telefone (só em caso de emergência) <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Formato eletrónico (por exemplo, aplicação ou base de dados) <input type="checkbox"/> Pessoalmente	
Acompanhamento esperado através de: <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Pessoalmente. Até à data (DD/MM/AA):	
As agências de informação aceitam a troca de informações no acompanhamento:	

Cópia da agência de destino Rotina Urgente Data de Encaminhamento (DD/MM/AA):

Agência de Encaminhamento	
Agência/Organização:	Contacto:
Telefone:	E-mail:
Localização:	

Agência de Destino	
Agência/Organização:	Contacto (se conhecido):
Telefone:	E-mail:
Localização:	

Informação do Cliente	
Nome:	Telefone:
Endereço:	Idade:
Sexo:	Nacionalidade:
Idioma:	Número de Identificação:
Se o cliente for menor de idade (menos de 18 anos)	
Nome do principal cuidador:	Relação com a criança:
Informação de contacto do cuidador:	A criança está separada ou não acompanhada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
O cuidador foi informado acerca do encaminhamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Em caso negativo, explicar porquê)	

Informações de contexto/Motivo para o encaminhamento: (descrição do problema, duração, frequência, etc.) e Serviços já prestados	
O cliente foi informado acerca do encaminhamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Em caso negativo, explicar porquê abaixo)	O cliente foi encaminhado para outras organizações? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Em caso afirmativo, explicar porquê abaixo)

Serviços Solicitados		
<input type="checkbox"/> Serviços de saúde mental	<input type="checkbox"/> Serviços/apoio de proteção	<input type="checkbox"/> Abrigo
<input type="checkbox"/> Intervenções psicológicas	<input type="checkbox"/> Centro comunitário/Serviços sociais	<input type="checkbox"/> Assistência material
<input type="checkbox"/> Cuidados de saúde físicos	<input type="checkbox"/> Serviços de localização da família	<input type="checkbox"/> Nutrição
<input type="checkbox"/> Reabilitação física	<input type="checkbox"/> Assistência jurídica	<input type="checkbox"/> Assistência financeira
<input type="checkbox"/> Atividades psicossociais	<input type="checkbox"/> Educação	
Explique o motivo dos serviços solicitados:		

Consentimento para divulgação da informação (ler com o cliente/cuidador e responder a quaisquer perguntas antes de este assinar o documento, abaixo)	
Eu,	(nome do cliente), compreendo que a finalidade do encaminhamento e da divulgação desta informação a (agência de destino) é garantir a segurança e a continuidade dos cuidados por parte dos prestadores de serviços que procuram servir o cliente. O prestador de serviços, (agência de encaminhamento), explicou-me claramente o procedimento de encaminhamento e indicou-me as informações exatas que serão divulgadas. Ao assinar este formulário, autorizo esta troca de informação.
Assinatura da entidade responsável:	
(cliente ou cuidador, em caso de menor). Data (DD/MM/AA):	

Detalhes do Encaminhamento	
Existem algumas restrições de contacto ou outras? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Em caso afirmativo, explicar porquê abaixo)	
Encaminhamento entregue através de: <input type="checkbox"/> Telefone (só em caso de emergência) <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Formato eletrónico (por exemplo, aplicação ou base de dados) <input type="checkbox"/> Pessoalmente	
Acompanhamento esperado através de: <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Pessoalmente. Até à data (DD/MM/AA):	
As agências de informação aceitam a troca de informações no acompanhamento:	

Anexo 2: Descrição dos termos-chave no formulário de encaminhamento

Secção no formulário de encaminhamento	Explicação e exemplos ⁴
Localização	Exemplos incluem o nome de um campo específico ou uma morada física. O cliente/cuidador deve conseguir localizar a agência de destino com base nesta informação.
Idade	Pode ser escrita em formato de data de nascimento (DD/MM/AAAA) ou idade exata escrita em anos. Também pode ser escrita como uma idade estimada, caso esta informação não seja conhecida por parte do cliente/cuidador.
O cliente foi informado acerca do encaminhamento (S/N)	Se seleccionar “Não”, explique por que motivo o cliente ou cuidador não foi informado acerca do encaminhamento. A assinatura de consentimento encontra-se na parte final do formulário.
O cliente foi encaminhado para outras organizações (S/N)?	É útil para as agências conhecer os encaminhamentos anteriores para prevenir que um indivíduo ou família seja encaminhado várias vezes por diferentes agências para o mesmo serviço. Isto também ajuda a orientar futuros encaminhamentos.
Serviços de saúde mental	Esta categoria refere-se à avaliação e gestão clínica de perturbações mentais, neurológicas e de consumo de substâncias (MNS) (quer por prestadores de cuidados de saúde especializados ou não especializados) e ao apoio aos cuidadores ou pessoas com perturbações desta natureza. Especifique na caixa de texto se estão a ser solicitados serviços de internamento ou em ambulatório. É importante realçar que os serviços de saúde mental oferecem muitas vezes intervenções psicológicas e atividades psicossociais (consulte abaixo).
Intervenções psicológicas	Isto inclui vários tipos de intervenções psicológicas, como por exemplo aconselhamento/terapia individual, familiar ou em grupo.
Cuidados de saúde físicos	Diz respeito aos cuidados de saúde físicos prestados por médicos, enfermeiros, parteiras e trabalhadores de saúde da comunidade, etc. Especifique na caixa de texto se estão a ser solicitados serviços de internamento ou em ambulatório.
Reabilitação física	Inclui principalmente fisioterapia, terapia ocupacional e próteses.
Atividades psicossociais	Isto inclui atividades de apoio na comunidade, em grupo ou familiares; espaços seguros para crianças, mulheres e jovens; assistência a indivíduos e famílias vulneráveis; aulas de apoio parental, educação de primeira infância e psicoeducação para indivíduos e famílias.
Apoio/serviços de proteção	A proteção inclui educação sobre os riscos de minas, proteção das crianças e violência sexual e baseada no género. A categoria de apoio/serviços de proteção também abrange monitorização de proteção, serviços específicos para pessoas portadoras de deficiência, vítimas de violência sexual e baseada no género, vítimas de tortura, programas direcionados para crianças associadas a grupos armados/forças armadas, trabalho infantil e serviços de gestão de casos para crianças e vítimas de violência sexual e baseada no género.

⁴ Grupo de Referência do IASC para Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias. (2012). Who is Where, When, and doing What (4Ws) in Mental Health and Psychosocial Support: Manual with Activity Codes (field test-version). Geneva.

Serviços de localização da família	Recuperação de ligações familiares; serviços de reunificação; avaliação dos melhores interesses (BIA) e cuidados alternativos para crianças separadas e não acompanhadas.
Assistência jurídica	Acesso a aconselhamento jurídico, incluindo através de paralegais e advogados; questões de habitação, terrenos e propriedade; e documentação (por exemplo, identificação e documentos de identidade e certificados de nascimento, morte, casamento, divórcio e habilitações académicas, etc.).
Nutrição	Grupos de mães e bebés, promoção de boas práticas de amamentação, alimentação terapêutica para subnutrição grave e/ou aguda e grupos de estímulo cognitivo.
Existem algumas restrições de contacto ou outras (S/N)?	Esta questão diz respeito à proteção do cliente encaminhado e ao princípio fundamental “Não causar dano”. Em alguns casos (como, por exemplo, pessoas com perturbações de saúde mental, vítimas de violência sexual ou baseada no género ou em casos de proteção de crianças), poderão existir algumas restrições na forma de contactar o cliente e no método de prestar os serviços/apoio, a fim de garantir que estes não estão a causar dano adicional. Isto é importante nos casos relacionados com a proteção, em que o agressor possa ser membro da família ou da comunidade e ao trabalhar com pessoas com problemas de saúde mental, a fim de minimizar qualquer eventual estigmatização associada e garantir a confidencialidade. Nestas situações, o cliente poderá solicitar ser contactado através de um amigo próximo, de um familiar ou de outro membro da comunidade em quem confie ou até através de qualquer outro meio, como o e-mail, em alternativa a um contacto telefónico. Escreva estas preocupações ou restrições no espaço do formulário para este efeito.
As agências de informação aceitam a troca de informações no acompanhamento	Em sistemas de encaminhamento funcionais, existe frequentemente a necessidade da troca de informações entre a agência de encaminhamento e a agência de destino. Na maioria das situações, trata-se apenas de um recibo de confirmação de um encaminhamento, mas em outras situações poderá ser necessária uma troca de informações adicional, desde que esta respeite a vontade do cliente relativamente à confidencialidade (por exemplo, se uma agência estiver a fornecer serviços de gestão de casos e for responsável pela coordenação dos encaminhamentos de um cliente).

Anexo 3: Uma tabela com indicadores de resultado e efeito e correspondentes meios de verificação para medir os encaminhamentos interagências⁵.

Resultado/Efeito	Indicadores	Meios de verificação
Um sistema de encaminhamento funcional é estabelecido (Resultado)	Os procedimentos de encaminhamento são estabelecidos, incluindo a documentação e os formulários de encaminhamento	Formulários de documentação e diretrizes de encaminhamento
	O mapeamento de serviços 4W de SMAPS é realizado	4W de SMAPS do IASC: Mapeamento de serviços “Quem faz o quê, onde e quando” (também pode ser realizado pelo OCHA)
	Número de sessões de trabalho de encaminhamentos interagências (ou formações) realizadas	Fichas de participação
	Número de organizações e agências que participam em sessões de trabalho (ou formações) interagências	Relatórios de sessões de trabalho
	Número de colaboradores e voluntários de SMAPS que fornecem serviços diretos com conhecimento dos recursos e procedimentos de encaminhamento.	Registos de atividade de colaboradores/voluntários, fichas de acompanhamento de encaminhamentos ou ficheiros de clientes individuais Relatório semanal do espaço de atividades Registos clínicos
	Número e percentagem de instalações médicas, instalações de serviços sociais e programas da comunidade que têm e aplicam procedimentos para o encaminhamento de pessoas com problemas de SMAPS	Registos clínicos individuais ou de serviços sociais Relatório semanal do espaço de atividades Formulários de documentação de encaminhamento Ferramentas interagências de medição e monitorização da qualidade
Aumento na frequência e qualidade dos encaminhamentos (Efeito)	Número de encaminhamentos bem-sucedidos documentados ⁶ (efetuados e recebidos) desagregados por serviço, sexo e idade.	Formulários de documentação de encaminhamento Ferramentas interagências de medição e monitorização da qualidade Relatórios de atividades semanais/mensais
	Nível de satisfação das pessoas com problemas de SMAPS relativamente ao processo de encaminhamento	Inquérito de satisfação de clientes Formulários/inquéritos de feedback
	Número de clientes (do total de clientes) que foram encaminhados com êxito para outros serviços. Número e percentagem dos encaminhamentos recebidos de outros prestadores de serviços.	Ficheiros de clientes Formulários de documentação de encaminhamento Relatórios de atividades mensais/trimestrais (utilize uma base de referência, linha mediana e avaliação final para medir as alterações ao longo do tempo)
	Aumento no conhecimento e na capacidade dos colaboradores e voluntários para realizar encaminhamentos bem-sucedidos	Lista de verificação de competências dos colaboradores/voluntários Pré-testes e pós-testes adiados Sessões de supervisão

⁵ Alguns exemplos dos indicadores foram retirados de Grupo de Referência do Comitê Permanente Interagências (IASC) para a Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias, Um Quadro Comum de Monitorização e Avaliação para Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias, IASC, Genebra, (2017); e de Centro de Referência para Apoio Psicossocial da Federação Internacional da Cruz Vermelha e Sociedades do Crescente Vermelho (Centro IFRC PS), Quadro de Monitorização e Avaliação para Intervenções de Apoio Psicossocial, Centro IFRC PS, Copenhaga 2017: <http://pscentre.org/topics/m-and-e/>

⁶ Recomenda-se vivamente que as agências definam os “encaminhamentos bem-sucedidos” nos seus planos de monitorização e avaliação, e que se certifiquem de que quaisquer meios de verificação seguem esta definição.