

Manual de Articulação

Saúde e Segurança Social (S+SS)

para o Planeamento das

Altas Hospitalares



Ministério da Saúde

Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social



FICHA TÉCNICA

TÍTULO

Manual de Articulação - Saúde e Segurança Social – para o Planeamento das Altas Hospitalares

PROPRIEDADE

Instituto da Segurança Social, I.P.

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

AUTORIA

ISS, I.P.

ACSS, I.P., com participação de elementos designados pelo Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Centro Hospitalar de Lisboa Central e Hospital Garcia de Orta

DATA DE PUBLICAÇÃO

Agosto de 2015

Índice Geral

Siglas	5
Conceitos	6
Nota Introdutória	9
Capítulo I – Enquadramento Geral	11
1.1. Fatores de Risco e de Proteção	11
1.2. Princípios e Pressupostos de Intervenção	13
1.3. Desafios à Intervenção	13
1.4. Competências S+SS	14
1.5. Respostas Sociais	16
Capítulo II – Procedimentos de Articulação S+SS	18
2.1. O Manual de Articulação S+SS	18
2.1.1. Objetivos gerais	18
2.1.2. Intervenientes Responsáveis e Canais de Comunicação	18
2.2. Procedimentos Gerais e Níveis de Responsabilidade	19
2.2.1. Avaliação	22
2.2.2. Referenciação	24
2.2.2.1. Critérios de referenciação	24
2.2.2.2. Critérios de exclusão	25
2.2.2.3. Elementos para referenciação	25
2.2.3. Intervenção	26
2.2.3.1. Encaminhamento para resposta social	27
2.2.3.2. Acompanhamento e follow-up	29
2.3. Procedimentos Especiais	29
2.3.1. Suprimento da Vontade de Adulto Incapaz	29
2.3.2. Violência / Maus tratos	30

Índice de Ilustrações

Ilustração 1 – Etapas Gerais	19
Ilustração 2 – Etapas Específicas, Responsáveis e Prazos	20
Ilustração 3 – Fluxograma Geral de Procedimentos	21



Índice de Anexos

Anexo 1 - Fatores de Risco	35
Anexo 2 - Respostas Sociais – conceitos, objetivos e legislação	36
Anexo 3 - Ficha de Avaliação Social	39
Anexo 4 - Declaração de autorização para acesso e partilha de informação	44
Anexo 5 - Ficha de Caracterização Clínica	45
Anexo 6 - Modelo de Requerimento a apresentar ao Ministério Público por uma Entidade/Instituição	48
Anexo 7 – Quadro síntese: Procedimentos de Identificação e Intervenção em situações de Violência	49

Siglas

ACSS, IP – Administração Central do Sistema de Saúde

AVD – Atividades de Vida Diária

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

ESS – Equipa da Segurança Social

ISS, IP – Instituto da Segurança Social

LNES – Linha Nacional de Emergência Social

MP – Ministério Público

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

S - Saúde

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SISS – Sistema de Informação da Segurança Social

SISS-COOP - Sistema de Informação da Segurança Social/ Cooperação

SS – Segurança Social

SSH – Serviço Social do Hospital



Conceitos

Adultos Incapazes¹ – Pessoas com 18 e mais anos que em razão de uma alteração ou de uma insuficiência das suas capacidades pessoais, não se encontram em condições de compreender, exprimir ou tomar, de forma autónoma, decisões relativas à sua pessoa e ou aos seus bens, não podendo, em consequência, proteger os seus interesses.

Atividades da Vida Diária (AVD) - são atividades cuja execução permite que a pessoa se baste a si própria e exerça o autocuidado. As AVD incluem, por exemplo, Lavar-se / Secar-se, Vestir-se / Despir-se, Levantar-se / Deitar-se, Alimentar-se / Hidratar-se, Ser continente, Utilizar as instalações sanitárias.

Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) – são atividades cuja execução permite viver em comunidade e relacionar-se com outras pessoas. As AIVD são tarefas que requerem um maior nível de coordenação motora do que o necessário para as AVD e são, por exemplo, tratar da higiene da habitação, da roupa, cozinhar, fazer compras, utilizar os meios de transporte, entre outros.

Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) ou Atividades Sociais e Ocupacionais (ASO) – dizem respeito à capacidade de envolvimento em grupos sociais e a sociedade em geral. São tarefas que permitem medir o grau de participação social e de ocupação do tempo, como atividades de lazer, exercício físico, trabalhar, entre outros.

Autonomia² - habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências.

Dependência³ - a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária.

Doença crónica⁴ - doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas

¹ Adaptado da Resolução da Assembleia da República n.º 52/2014 de 19 de junho que aprova a Convenção relativa à Proteção Internacional de Adultos adotada em Haia.

² OMS (2005). Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasil

³ Alínea h) do art.º 3º do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

⁴ Alínea j) do art.º 3º do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)



com eventual potencial de correção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afetada.

Domicílio⁵ - residência particular, o estabelecimento ou a instituição onde habitualmente reside a pessoa.

Envelhecimento Demográfico⁶ - define-se pelo aumento da proporção das pessoas com 65 e mais anos no total da população.

Envelhecimento Individual⁷ - assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, no aumento da esperança média de vida (...). A este conceito está subjacente o envelhecimento biológico (...), alterações ao nível psicológico (...) e determinantes externas.

Funcionalidade⁸ - capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente. A perda da capacidade funcional pode ser parcial ou total, temporária ou permanente.

Inabilitação⁹ – processo judicial que se destina a reconhecer e declarar a incapacidade de determinadas pessoas, cuja anomalia psíquica, surdez-mudez ou cegueira, embora de caráter permanente, não sejam de tal modo graves que justifique a sua interdição, assim como daquelas que, pela sua habitual prodigalidade ou abuso de bebidas alcoólicas ou de estupefacientes, se mostrem impossibilitadas de gerir convenientemente o seu património (art.º 152.º do Código Civil). Estas causas têm de ser atuais, permanentes e prejudiciais. À semelhança da interdição, a inabilitação pode ser requerida pelo cônjuge do inabilitando, tutor, curador, parente sucessível e Ministério Público (art.º 141.º do Código Civil).

Interdição¹⁰ – processo judicial que se destina a reconhecer e declarar determinadas pessoas que, por anomalia psíquica, surdez-mudez ou cegueira (de forma atual, permanente e incapacitante), devem ser impedidas do exercício de direitos por demonstrarem incapacidade para governar a sua pessoa e bens (art.º 138.º do Código Civil). Pode ser requerida pelo cônjuge do interditando, tutor, curador, parente sucessível e Ministério Público (art.º 141.º do Código Civil).

⁵ Adaptado - Alínea o) do art.º 3º do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

⁶ INE (2002). O Envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. In Revista de Estudos Demográficos, n.º 36, Lisboa: Instituto Nacional de Estatística

⁷ INE (2002). O Envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. In Revista de Estudos Demográficos, n.º 36, Lisboa: Instituto Nacional de Estatística

⁸ Alínea i) do art.º 3º do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

⁹ Código Civil

¹⁰ Código Civil

Maus Tratos¹¹ - qualquer ato isolado ou repetido, ou a ausência de ação apropriada, que ocorre em qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança, e que cause dano, ou incómodo a uma pessoa. Estes atos podem ser de vários tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financeiro ou simplesmente refletir atos de negligência intencional, ou por omissão.

Multidisciplinaridade¹² – complementaridade de atuação entre diferentes especialidades profissionais.

Pessoa Idosa¹³ - pessoas com 65 e mais de anos.

Plano de Inserção¹⁴ - conjunto articulado e coerente de ações, contratualizadas com os destinatários com vista à promoção das potencialidades individuais e familiares, através da ativação dos recursos necessários à concretização do projeto de qualidade de vida.

Resposta Social¹⁵ – atividade desenvolvida no âmbito da ação social, destinada a prestar um serviço ou a desenvolver ações dirigidas aos diversos grupos de população - infância e juventude; população adulta; família e comunidade, enquadrada na rede de serviços e equipamentos sociais. Poderá ser desenvolvida em equipamento ou através da prestação de um serviço.

Situação de crise¹⁶ - define-se no âmbito da atuação dos serviços de Ação Social, como uma situação de vulnerabilidade e desproteção social resultante de não estarem asseguradas, a breve prazo, as condições mínimas de sobrevivência pelo que se impõe uma intervenção urgente e encaminhamento por parte dos serviços.

Situação de Emergência Social¹⁷ – situações de vulnerabilidade e desproteção social, resultantes de não estarem asseguradas as condições mínimas de sobrevivência, constitutivas de um perigo real, atual ou iminente para a integridade física e psíquica, necessitando de intervenção imediata.

¹¹ Adaptado - Declaração de Toronto (OMS, 2002)

¹² Alínea f) do art.º 3º do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

¹³ A OMS classifica cronologicamente como idosos as pessoas com 65 e mais anos, nos países desenvolvidos e com 60 e mais anos nos países em desenvolvimento

¹⁴ Manual de Procedimentos para o Atendimento/ Acompanhamento Social, publicado em 2011, pelo Instituto da Segurança Social, I.P.

¹⁵ Manual de Apoio Técnico aos Acordos de Cooperação, Instituto da Segurança Social, IP, revisão de 2014.

¹⁶ Conceito estatuído em Orientação Técnica interna ao ISS, I.P.

¹⁷ Conceito estabelecido em Orientação Técnica interna ao ISS, IP



Nota Introdutória

O planeamento da alta hospitalar representa um momento crucial para o sucesso da intervenção social junto do cidadão e suas famílias, seja para o regresso ao domicílio ou para integração em resposta social.

Os motivos de saúde que originaram o internamento poderão, na sua temporalidade, representar uma situação provisória ou mais definitiva no contexto de vida do cidadão que, conseqüentemente, poderá necessitar de apoio social.

Os programas de planeamento da alta baseiam-se numa visão holística, na atenção centrada nas pessoas e famílias.

Apesar do planeamento da alta ser um procedimento centralizado, coordenado e interdisciplinar, o sucesso dos planos de intervenção junto das pessoas e famílias depende da criação de modelos de relação, da individualização, em várias esferas, como o estado de saúde, o nível de orientação temporal-espacial, o conhecimento e a auto-percepção do estado de saúde, a utilização dos recursos, o estado funcional, as aptidões, as motivações e os dados sociodemográficos.

A preparação da alta hospitalar por parte da equipa multidisciplinar, como um método de planeamento de intervenção bem estruturada, personalizada, com continuidade e sistematizada, pode levar a maior satisfação das pessoas com o suporte e relação estabelecidos e, deste modo, a maior adesão a comportamentos adequados e a maior capacidade para realizarem o autocuidado e manutenção de uma vida saudável, evitando os internamentos sucessivos por não estarem acionadas as respostas necessárias e suficientes para a continuidade de cuidados no pós alta.

No entanto, pese embora existam pessoas com capacidade, recursos e suporte familiar para a procura ativa de uma solução na continuidade de cuidados no pós alta, existem cidadãos que limitados na doença ou dependência, acrescido da insuficiente ou ausente rede de suporte familiar ou social não poderão sair do hospital em segurança.

É neste seguimento que, importa assegurar a cooperação entre as entidades com competências de saúde e de apoio social para proporcionar ao cidadão uma efetiva continuidade de cuidados no pós alta o que levou a que fosse criado o presente Manual de Articulação - Saúde e Segurança Social (S+SS) - para o Planeamento das Altas Hospitalares.

No primeiro capítulo o presente manual sintetiza aspetos gerais de enquadramento e no segundo estabelece as regras e procedimentos de articulação S+SS. Os anexos que do mesmo fazem parte integrante constituem a referência para o processo de articulação.

Sublinhe-se que as orientações aqui expressas constituem um documento experimental e serão revistas pelo ISS, I.P. e ACSS, I.P. quando se tal se mostre necessário



Capítulo I – Enquadramento Geral

Em Portugal, nos últimos 40 anos, a população com mais de 65 anos mais que duplicou, representando atualmente cerca de 19% do total da população. As projeções conhecidas relativamente à evolução da população nas próximas décadas indicam que em 2050 a população com 65 anos ou mais representará cerca de 32% do total da população.

Para além dos desafios de ordem quantitativa, a diversidade complexa que caracteriza a população idosa demonstra que há diferentes formas de envelhecer, existindo pessoas idosas autónomas, que participam ativamente na vida familiar, comunitária e social, por outro, há pessoas que estão condicionadas pelas situações de incapacidade e/ou doença.

Neste sentido a intervenção social nesta matéria deve ser orientada para responder às principais necessidades e expectativas do cidadão e suas famílias, promover o acesso a cuidados qualificados e especializados, a participação social e comunitária e a conciliação entre a vida familiar e profissional.

Devem, sobretudo, devolver aos próprios cidadãos a noção de são os principais agentes de mudança, os atores centrais na gestão da sua própria vida.

Assim, as estratégias de intervenção social que procurem respeitar a sua vontade (de permanência no domicílio, ou não), ao incentivo à sua autonomia e participação, à solidariedade intergeracional, ao apoio à família e outros cuidadores, assim como intervir e ou sinalizar atempada e adequadamente sempre que verificadas situações de negligência e ou maus tratos e quando o cidadão já não tem capacidade de gerir a sua vida e os seus bens.

1.1. Fatores de Risco e de Proteção

Os fatores de proteção incluem variáveis biopsicossociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e podem remover ou minorar o impacto dos fatores de risco. Estes podem ter origem no próprio (boa saúde, boa auto estima, capacidade de resolução de problemas, capacidade de escolha, estímulo de relações interpessoais, entre outros) na família ou na comunidade (rede social de suporte, participação social / integração na comunidade, entre outros).

São fatores de risco todos aqueles que são capazes de originar alterações no processo de envelhecimento biopsicossocial e que têm implicações ao longo do ciclo de vida, com especial preponderância na velhice e na doença, podendo comprometer a qualidade de vida dos cidadãos.

Apesar de não existirem fatores homogêneos e destes dependerem de um conjunto de comportamentos individuais ao longo da vida assim como do seu contexto socioeconómico e cultural, o seu conhecimento é fundamental para o reconhecimento de contextos de risco, o desenvolvimento de medidas preventivas e a adoção de procedimentos de intervenção social.

De uma forma geral, os estudos têm demonstrado que estas condicionantes estão relacionadas com os contextos sociofamiliares, com a saúde física e mental, situação económica, cultural e ambiental; que vão desde a viuvez recente, a insuficiência ou ausência de suporte familiar, os baixos rendimentos, internamentos recentes, falta de condições ou acessibilidade habitacionais, entre outros (Anexo 1).

Estes fatores podem, em última análise interferir com a qualidade de vida, bem-estar e segurança pelo que os serviços têm de se adaptar por forma a responder, em tempo útil e com qualidade, a cada situação e no seu desenvolvimento devem promover uma intervenção social que permita o respeito pela vontade do próprio, adaptada às especificidades do seu perfil, ao respeito pelos modos de vida e responder o mais possível às suas necessidades.

Nestes pressupostos, existem algumas características específicas do cidadão sinalizado por outra entidade ou quando o próprio solicita a intervenção dos serviços de atendimento e acompanhamento social:

- em situação de risco social, familiar e ambiental/habitacional;
- em situação de vulnerabilidade económica;
- em manifesta incapacidade para gerir a sua vida e os seus bens;
- em situação de potencial vítima de negligência e ou maus tratos.



Nas situações de maus tratos, os profissionais que têm conhecimento da sua ocorrência têm a obrigação legal de sinalizar às entidades competentes sob pena de incorrerem, nos termos gerais, em responsabilidade disciplinar, civil, ou criminal (cf. ponto 2.3.2.)

1.2. Princípios e Pressupostos de Intervenção

- Respeito pelos direitos, liberdades e garantias dos beneficiários, plasmados na Constituição da República Portuguesa, no Código Civil e outra legislação enquadradora aplicável;
- Respeito pela raça, sexo, orientação sexual, língua, território de origem, religião, cultura, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica ou qualquer outra circunstância pessoal ou social;
- Equidade, qualidade e universalidade no acesso aos cuidados necessários;
- Reconhecimento das particularidades em função do género, atendendo às necessidades distintas entre homens e mulheres;
- Respeito pela intimidade, imagem e reserva da vida privada;
- Prevenção da dependência e promoção e manutenção da autonomia, da participação cívica e política do cidadão e das suas famílias;
- Permanência do cidadão no seu meio habitual de vida;
- Valorização da família como suporte privilegiado;
- Manutenção, reforço ou restabelecimento das relações interpessoais e intergeracionais;
- Participação ao longo de todo o processo de intervenção social;
- Disponibilização de serviços e produtos adaptados às exigências e expectativas do cidadão;
- Promoção do acesso aos serviços de proximidade e da personalização dos cuidados;
- Prevenção e intervenção nas situações de maus tratos e de negligência.

1.3. Desafios à Intervenção

Os profissionais das áreas da Saúde e da Segurança Social deparam-se com um conjunto de desafios para a concretização plena das suas atribuições. Estes desafios decorrem de diversas dimensões centradas no próprio, na família, na comunidade e serviços, dos quais se destacam:

- Condições de saúde e dependência, com consequente dificuldade de adesão ao autocuidado;
- Níveis habilitacionais que dificultam a tomada de decisão dos próprios;
- Capacidade e envolvimento da família no processo de cuidar;
- Envolvimento/participação da família na definição do projeto de vida do utente;
- Conflitos intrafamiliares;
- Dificuldade de avaliação da caracterização social e económica do próprio e do agregado;
- Disponibilidade de uma avaliação do estado de saúde por parte dos clínicos;

- Política de gestão e planeamento da alta tardiamente;
- Colocação do foco do adiamento da alta apenas em problemas psicossociais;
- Dificuldades de articulação entre instituições;
- Conhecimento das competências e responsabilidades das outras entidades;
- Diferentes procedimentos na integração dos utentes em respostas sociais;
- Pouca diversidade e insuficiente cobertura de respostas sociais domiciliárias o que leva, muitas vezes, a encarar respostas residenciais como única solução;
- Dificuldade de articulação com o Ministério Público (MP), sobretudo nas situações em que o doente não manifesta capacidade de gerir a sua pessoa e os seus bens;
- Conhecimento, atitude e formação dos profissionais sobre matérias do envelhecimento, dependência e ou incapacidade.

1.4. Competências S+SS

No sistema de saúde, concretamente o serviço social/ área de apoio social hospitalar desenvolve intervenções que têm como finalidade colaborar na resolução dos problemas dos utentes, ajudando a prevenir as disfunções que possam dificultar o tratamento e reabilitação/cura com vista à reintegração social das pessoas no pós alta hospitalar.

Um dos princípios fundamentais da Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto), assenta na proteção da saúde como um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da Lei.

De uma forma geral, as Entidades Hospitalares têm por objeto principal a prestação de cuidados de saúde diferenciados à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde, e a todos os cidadãos em geral. Paralelamente, têm também por objeto desenvolver actividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde.

O planeamento da alta hospitalar representa um momento crucial no internamento dos cidadãos, que muitas vezes regressam ao domicílio com necessidades complexas ao nível dos cuidados.

Assim, a intervenção social no meio hospitalar tem essencialmente em vista a adequação das necessidades pessoais e familiares com a situação de doença, aspetos a serem tidos em conta no tratamento e no regresso ao domicílio, visando igualmente promover e facilitar o contacto dos doentes e famílias com as instituições da comunidade adequadas, com o objetivo de resolver e ultrapassar as disfunções que possam dificultar o tratamento e reabilitação/cura com vista à reintegração social das pessoas no pós alta hospitalar.

São funções do Serviço Social no Hospital, através da Circular Normativa n.º 8/2002 do então Departamento de Modernização e Recursos de Saúde: elaboração do diagnóstico social; proceder ao acompanhamento psicossocial dos utentes e das famílias; participação na definição e concretização das políticas sociais de intervenção social a cargo dos estabelecimentos; assegurar a continuidade de cuidados sociais a prestar em articulação com os parceiros da comunidade; envolver e orientar utentes, famílias e grupos no autoconhecimento e procura dos recursos adequados às suas necessidades; articular-se com os restantes profissionais do serviço ou estabelecimento para melhor garantir a qualidade, humanização e eficiência na prestação de cuidados, entre outras.

Estes profissionais têm um conhecimento mais holístico da pessoa, pelo estudo sociofamiliar e funcional que devem realizar à data do internamento, constituindo-se como um elemento privilegiado entre a instituição hospitalar, as famílias e os serviços comunitários, da área social e da saúde.

No âmbito da Segurança Social, o Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS, I.P.), criado pelo Decreto-lei n.º 45-A/2000, de 22 de março, com atribuições em matéria de ação social, dispõe nos 18 Centros Distritais de uma rede de serviços de atendimento de ação social dirigido a pessoas, famílias e grupos em situação de fragilidade social.

Estes serviços detêm atribuições em matéria de atendimento, apoio e acompanhamento aos indivíduos e famílias, em situação de pobreza e exclusão social, com os principais objetivos:

- Apoiar, prioritariamente, os indivíduos e as famílias em situação de vulnerabilidade e emergência sociais;
- Contribuir para a avaliação e desenvolvimento das potencialidades do indivíduo, assegurando o acompanhamento social na definição e efetivação do seu projeto de vida;
- Reforçar a autonomia e autoestima do indivíduo, apoiando na agilização das suas redes afetiva, familiar e social e outros recursos pessoais;
- Mobilizar os recursos da comunidade adequados à progressiva inserção social, e bem-estar pessoal, social e profissional dos/as indivíduos/famílias.



Nas situações consideradas de emergência social, o ISS, I.P. dispõe de uma linha de apoio denominada Linha Nacional de Emergência Social (LNES). Esta linha telefónica, disponível através do n.º 144, é um serviço gratuito, de âmbito nacional, com funcionamento contínuo e ininterrupto (24h por dia, todos os dias do ano), para proteção e apoio dos cidadãos em situação de Emergência Social.

Numa outra vertente, em matéria de cooperação com Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) ou equiparadas, o ISS, I.P. desenvolve medidas de apoio financeiro e técnico ao funcionamento de respostas sociais.

Ao abrigo do disposto no art.º 6º do Decreto-Lei n.º 120/2015, de 30 de junho, a cooperação rege-se por determinados princípios orientadores: Subsidiariedade (compromisso entre o Estado e as instituições na adoção de decisões que garantam uma proteção social mais adequada, eficaz e próxima dos cidadãos, atendendo ao respetivo nível de intervenção); Solidariedade (responsabilidade recíproca entre elementos de um grupo ou de uma comunidade); Proporcionalidade (que implica um ajustado equilíbrio nas ações desenvolvidas, com vista a contribuir para uma melhor qualidade de vida e uma cidadania plena de todos) e Participação (implica o compromisso, a valorização e a responsabilização das instituições, das pessoas e da comunidade, numa perspetiva de colaboração mútua).

Esta cooperação estabelece-se através de acordos, ou seja de contratos escritos e outorgados entre ambas as partes através dos quais se estabelece uma relação jurídica para o desenvolvimento de uma determinada resposta social.

1.5. Respostas Sociais

Não obstante os procedimentos que fazem parte integrante do presente manual de colaboração S+SS para o Planeamento das Altas Hospitalares, conforme referido anteriormente, poderão existir pessoas que detenham capacidade, recursos e suporte familiar para a procura ativa de uma solução, temporária ou definitiva, quando identificada a necessidade de suporte formal/resposta social.

Na avaliação social poderão ser identificadas situações que impliquem o recurso a respostas sociais. Destaque-se que o que mais contribui para a ocorrência destas situações é a existência de níveis de dependência, com perda de funcionalidade, exigindo uma prestação de cuidados mais abrangente e permanente, independentemente da idade da pessoa.

Assim, em função das necessidades e do grau de autonomia, os cidadãos e ou famílias poderão ser encaminhados para diversos tipos de respostas sociais, das quais se destacam as dirigidas a adultos:

- a) Idosos: Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), Centro de Noite, Centro de Dia, Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas, Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (anteriormente denominado Lar para Idosos) (Anexo 2).
- b) Deficiência: Lar Residencial, Residência Autónoma, Centro de Atividades Ocupacionais, Centro de Atendimento e Reabilitação Social para Pessoas com Deficiência e Acolhimento Familiar para Pessoas com Deficiência,

Para apoiar o próprio e ou famílias nessa decisão, no sítio da Segurança Social encontra-se disponível informação relativamente a idosos em <http://www4.seg-social.pt/idosos> e a adultos com deficiência em <http://www4.seg-social.pt/adultos-com-deficiencia>.

Para aferição das respostas sociais existentes em determinado território existe para consulta o sítio da Carta Social: www.cartasocial.pt.

Para iniciar todo o processo de admissão, no que se refere a pessoas com capacidade, recursos e suporte familiar para a procura ativa de uma solução, deverão ser diretamente contactadas as instituições que desenvolvem as respostas sociais acima referenciadas, com exceção da resposta social “Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas e Adultas com Deficiência” que deverá ser requerida nos Centros Distritais do ISS, IP,



O acesso às respostas sociais do setor solidário não se encontra sujeito a condição de recursos, no entanto, para além da comparticipação financeira da Segurança Social, pressupõem, ainda, uma comparticipação financeira por parte dos próprios e existindo capacidade financeira para o efeito uma comparticipação por parte dos descendentes ou outros familiares. As regras de comparticipação familiar estão definidas em normativos próprios, designadamente na Portaria n.º 196-A/2015, de 1 de julho.



Capítulo II – Procedimentos de Articulação S+SS

A autonomia do cidadão em situação de dependência poderá ser comprometida com o internamento hospitalar e o regresso à sua realidade quotidiana pode implicar a necessidade de uma ação concertada entre o hospital e os serviços da segurança social.

Se por um lado, a alta deve ser planeada atempadamente por forma a garantir a continuidade de cuidados e a prevenir novas agudizações, por outro, esta apenas é possível quando articulada com outros serviços ou respostas sociais.

O conteúdo do presente capítulo pretende sistematizar os procedimentos a seguir pelos serviços da Saúde e da Segurança Social, relativamente aos cidadãos que, apesar de terem já alta, não dispõem de forma própria ou com apoio da família / rede de suporte informal, dos recursos necessários e capacidade para o regresso ao domicílio.

2.1. O Manual de Articulação S+SS

2.1.1. Objetivos gerais

O presente Manual pretende delimitar o funcionamento da articulação Saúde+Segurança Social, por forma a garantir uma atenção integral e centrada no cidadão, respeitando a sua dignidade, segurança e bem-estar, através de:

- Cooperação interinstitucional no planeamento das altas dos hospitais;
- Harmonização de procedimentos e instrumentos para a concretização da alta;
- Assegurar os procedimentos e qualidade na continuidade de cuidados.

2.1.2. Intervenientes Responsáveis e Canais de Comunicação

No âmbito das suas competências, os intervenientes nesta articulação são o serviço social dos Hospitais, as equipas de ação social da Segurança Social e as IPSS e Instituições equiparadas.

Não obstante, ao longo do processo poderá ser requerida a participação de outros profissionais das entidades envolvidas, conforme plasmado nos pontos seguintes.

Para efeitos de comunicação formal, ou seja referenciação das situações, são utilizados canais criados para o efeito, em todo o território nacional, designadamente caixas de correio eletrónico.

Para além desta referenciação formal deverão ser designados em cada Hospital e em cada Centro Distrital do ISS, IP interlocutores que terão a responsabilidade de assegurar esta articulação. Neste sentido, a referenciação via e-mail acima mencionada, poderá ser complementada com contactos telefónicos.

2.2. Procedimentos Gerais e Níveis de Responsabilidade

O planeamento de alta aplica-se¹⁸ a *todos os doentes que, previsivelmente, irão necessitar imediatamente após um internamento hospitalar, de continuidade de cuidados de saúde e de apoio social.*

No planeamento da alta, poderá ser necessária a participação da Segurança Social na definição de um projeto de vida do cidadão, tendo em consideração os critérios explicitados no ponto 2.2.2

Desejavelmente, a alta deve ser preparada desde a data do internamento, para garantir os melhores resultados para o cidadão, envolvendo sempre que possível o próprio e a sua família.

Neste desenvolvimento, o planeamento da alta é operacionalizado ao longo das seguintes etapas:

1. **Avaliação:** identificação/avaliação diagnóstica e tomada de decisões face aos critérios avaliados;
2. **Referenciação:** formalização de pedido de integração em resposta social ou acompanhamento;
3. **Intervenção:** validação, prestação de informação, encaminhamento para resposta social, transferência, acompanhamento, *follow-up*.

Ilustração 1 – Etapas Gerais



¹⁸ Adaptado do Manual de Planeamento e Gestão de Altas, da RNCCI, setembro de 2007.

Ilustração 2 – Etapas Específicas, Responsáveis e Prazos

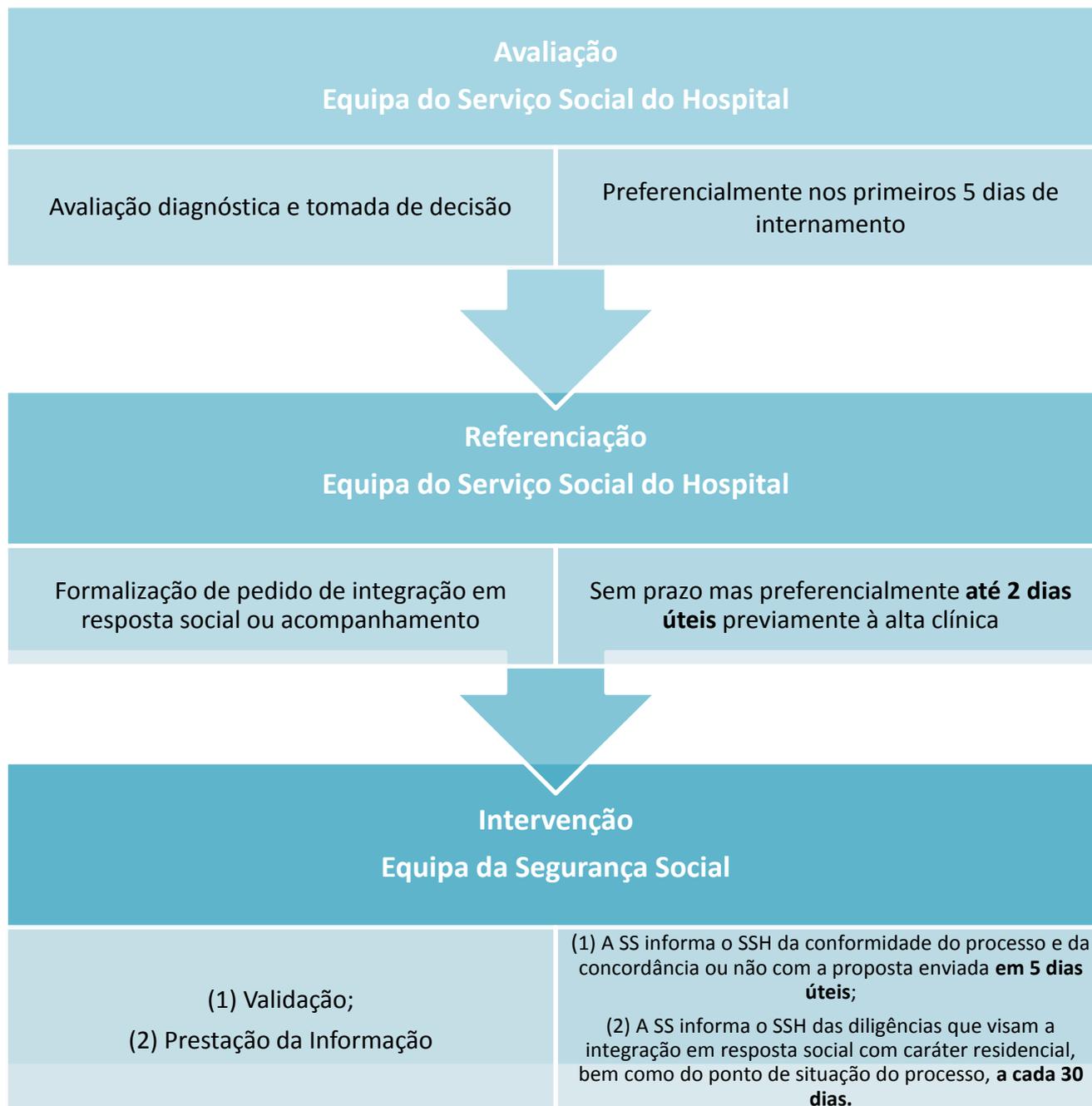
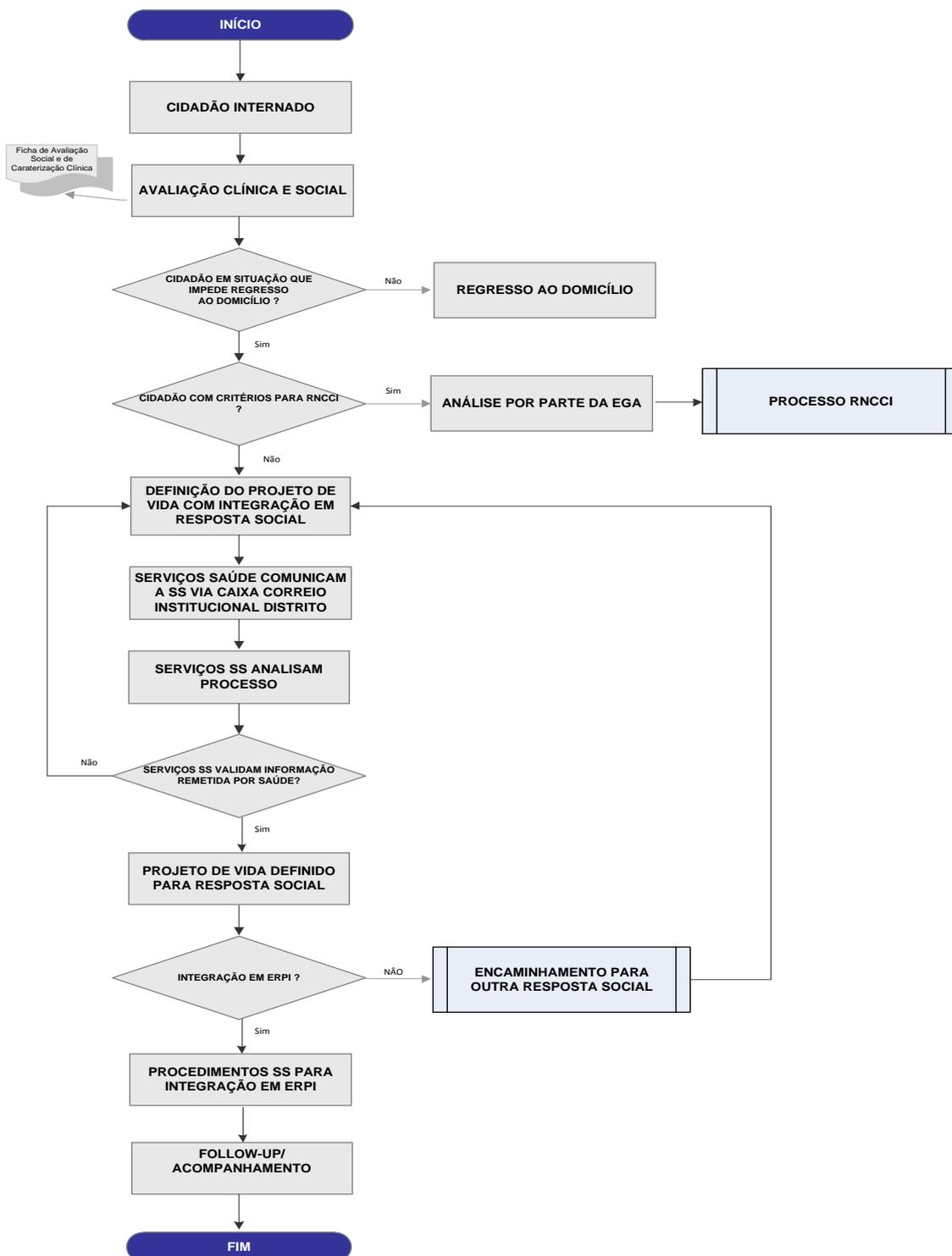


Ilustração 3 – Fluxograma Geral de Procedimentos



2.2.1. Avaliação

O serviço social do hospital procede à avaliação social de forma a identificar e aprofundar os aspetos essenciais e elencados na Ficha de Avaliação Social (Anexo 3).

A intervenção social junto do próprio e da família no ambiente hospitalar implica¹⁹:

- Suporte emocional face à identificação e interpretação do utente e/ou família das perdas sofridas, facilitando a aceitação e capacitação para superar as mesmas;
- Gestão de expectativas quanto ao tempo de internamento e aos recursos disponíveis no pós internamento;
- Disponibilização de informação sobre direitos sociais, tais como: pensões, complementos, subsídios e respostas sociais;
- Quando o projeto de vida no pós alta passa pelo recurso a respostas sociais, apoio à integração do utente nas mesmas, prestando informações, nomeadamente sobre direitos e deveres;
- Avaliação diagnóstica / recolha de informação pertinente à preparação da alta e continuidade dos cuidados.

No âmbito do presente manual, a informação contida na Ficha de Avaliação Social, genericamente, aborda os seguintes aspetos, os quais são elementos essenciais:

- 1 Dados de Identificação do utente, agregado familiar, outros elementos da família/pessoas significativas;
- 2 História de Vida (aspetos relevantes da infância, juventude e vida adulta e percurso profissional);
- 3 Caracterização sociofamiliar e redes de suporte;
- 4 Caracterização habitacional;
- 5 Diligências;
- 6 Síntese dos principais indicadores de risco social;
- 7 Proposta de intervenção social; e
- 8 Aceitação do próprio.

¹⁹ Adaptado do Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais na Saúde na RNCCI, julho de 2006.



A família, para além de possuir um conhecimento privilegiado sobre o próprio utente e as suas condições de vida, deve ser encarada como a principal entidade prestadora de cuidados, pelo que as diligências devem promover a participação ativa de todos os elementos da família.

A avaliação social passa, igualmente, pela identificação do(s) elemento(s) da família com competência para ser cuidador, se dispõe de condições físicas, emocionais, de relacionamento e intimidade com o utente.

Para completar a avaliação social, o serviço social do Hospital poderá requerer informação complementar junto das equipas da Segurança Social. Previamente solicitam autorização ao próprio para articulação (Declaração de autorização para acesso e partilha de informação - Anexo 4).

A avaliação passa, igualmente, por recolher/solicitar um conjunto de informação sobre as condições de saúde (Ficha de Caracterização Clínica – Anexo 5) por forma a garantir um correto planeamento da alta e da continuidade de cuidados no pós alta.

A sistematização da informação relativa à doença e aos cuidados (informação clínica) é fundamental para a comunicação no período de internamento e para o planeamento da alta, entre as áreas sociais e clínicas. Nesse sentido, a avaliação social e clínica poderá ser estruturada num único documento, atendendo às dinâmicas e funcionamento do próprio hospital. Nesta opção, a Ficha de Avaliação Social e Clínica terá de ser assinada pelos profissionais de saúde e de serviço social.

Ressalve-se que esta Ficha de Caracterização Clínica, sistematiza informação relevante para o encaminhamento no pós alta, designadamente:

- Breve descrição do diagnóstico;
- Medicação;
- Avaliação das AVD;
- Capacidade cognitiva e comunicação;
- Orientação temporal, espacial e pessoal.

A identificação da dependência inaugural e previsão dos níveis de dependência pós internamento, são fundamentais ao longo deste processo. O potencial percebido pelos profissionais acerca da reconstrução da

autonomia permite avaliar os recursos individuais (físicos, cognitivos e psicológicos) determinantes para a evolução da condição de dependência.

Tendo em conta a complexidade do regime terapêutico para a efetiva capacitação por parte dos utentes, das famílias ou outros cuidadores e ou das instituições é igualmente imprescindível a comunicação/informação do seu teor.



Esta é uma etapa fundamental porque a qualidade de informação (identificação, análise e síntese das necessidades, dos problemas, das capacidades e dos recursos dos próprios e das famílias) é a base do plano de intervenção.

A avaliação diagnóstica pode contemplar a realização de visitas domiciliárias, pela própria equipa do serviço social do hospital ou com a colaboração de outros serviços da comunidade (designadamente IPSS ou equiparadas, Juntas de Freguesia, ou outras).

2.2.2. Referenciação

Nas situações em que o planeamento da alta não se esgota na articulação entre o serviço social dos hospitais e os próprios cidadãos, a família e a comunidade, existem situações cuja solução passa pela necessidade de referenciação para a equipa da Segurança Social.

Por outro lado, de acordo com as competências previstas no ponto 1.4. importa harmonizar os critérios de referenciação, das equipas do serviço social do hospital para as equipas da ação social da segurança social.

2.2.2.1. Critérios de referenciação

Podem ser referenciados à Segurança Social cidadãos com alta clínica planeada que permanecem em unidade hospitalar face ao diagnóstico social e clínico que necessitem de integração em resposta social e que reúnam, cumulativamente, os seguintes critérios:

- Ausência ou perda de autonomia para prestar a si próprios os cuidados imprescindíveis para a sua sobrevivência, segurança e bem-estar;
- Insuficiência ou ausência de retaguarda familiar ou ainda que existam, tenham ocorridos factos que a impossibilitam para o desempenho do cuidar;
- Insuficiência ou ausência de rede de suporte formal;

- Insuficiência de recursos económicos, tendo por valor indicativo/referência 1,5 o Indexante de Apoio Social (IAS).

2.2.2.2. Critérios de exclusão

- Preenchimento dos critérios para ingresso nas tipologias da RNCCI;
- Úlcera de pressão de grau 2 ou superior;
- Doenças de complexidade acrescida, associadas a situações graves de carácter degenerativo de doença mental e/ou deficiência que não permita o convívio em resposta social residencial;
- Desde que capaz, ausência de consentimento para a colocação em resposta social.



Se no período de internamento for detetada fragilidade na dinâmica sociofamiliar mesmo que a família se tenha responsabilizado no momento de alta, o serviço social do hospital deve sinalizar à equipa da segurança social para avaliação conjunta e eventual acompanhamento.

2.2.2.3. Elementos para referenciação

Para efeitos de referenciação, são necessários os seguintes documentos:

- Ficha de Avaliação Social;
- Ficha de Caracterização Clínica;
- Declaração de autorização para acesso e partilha de informação (quando aplicável);
- Cópia do documento de identificação (Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão);

Nas situações de ausência de capacidade para subscrever/aceitar de forma livre e esclarecida:

- Cópia da sentença judicial de interdição/inabilitação; ou, na sua ausência
- Cópia da informação remetida pela família ou nos termos previstos no ponto 2.3.1., ao MP.



A referência e envio do processo aos serviços de segurança social é efetuado através de caixas de correio eletrónico criadas especificamente para o efeito.

Nas situações de violência previstas no ponto 2.3.2., deve igualmente ser remetida cópia da informação enviada ao MP.

2.2.3. Intervenção

As equipas da Segurança Social, após a receção da informação, procedem à validação e verificação da adequabilidade da documentação remetida pelo serviço social do Hospital. Esta validação visa a verificação do cumprimento dos requisitos de candidatura e das condições de encaminhamento para resposta social, nos termos dos normativos vigentes e expressos no ponto 2.2.2.

Na observância da instrução do processo devidamente preenchido, as equipas da Segurança Social informam a equipa do serviço social do Hospital no prazo de 5 dias úteis da conformidade do processo e procedem à abertura/consulta/atualização de processo familiar no Sistema de Informação da Segurança Social (SISS).



Tratando-se de situações dinâmicas, poderá a equipa da segurança social ter necessidade de desenvolver procedimentos/ diligências complementares ou de aprofundamento junto do próprio, família ou pessoas significativa.

Se da análise efetivada ao processo, os serviços da segurança social divergirem ou tiverem dúvidas relativamente à proposta apresentada pelos serviços da saúde é estabelecida articulação com os mesmos, no prazo de 5 dias úteis, no sentido da eventual redefinição em conjunto do projeto delineado para o cidadão.

Concluída a sistematização da informação, são desenvolvidos os procedimentos necessários à procura de resposta social, adaptada à situação concreta do utente, identificada nas Fichas de Avaliação Social e de

Caraterização Clínica, respeitando os tempos de internamento hospitalar, de modo a evitar a estadia inadequada e a ocupação indevida de camas hospitalares.

Encaminhamento para resposta social

Se o projeto de intervenção passar pela integração em resposta social diferente de ERPI, designadamente SAD, Centro de Dia ou Centro de Noite, ou outra resposta social, compete ao serviço social do Hospital diligenciar diretamente com as Instituições a possibilidade de integração nas mesmas.

Caso não exista vaga disponível ou seja necessário contactar com Instituições fora da área geográfica de abrangência do Hospital, é estabelecida articulação com a equipa da segurança social, por forma a que esta verifique a disponibilidade de vaga nas respostas sociais com acordo de cooperação celebrado/outorgado, informando, igualmente de outros equipamentos. Esta informação consta da aplicação informática SISS-COOP.

Se o projeto de intervenção passar pela integração em família de acolhimento, no âmbito da resposta social Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas e Adulta com Deficiência, a equipa da segurança social verifica a disponibilidade de lugares nas famílias de acolhimento existentes.

Nas situações em que o projeto de intervenção passar pelo recurso a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), a equipa da segurança social desenvolve os procedimentos internos do ISS, I.P. já instituídos para a gestão de vagas²⁰:

1. Verificação da existência de vagas reservadas à Segurança Social ou à Saúde consignadas nos acordos de cooperação do próprio distrito ou distritos limítrofes;
2. Encontrando-se preenchidas essas vagas, é estabelecida articulação com as instituições da rede solidária, com acordo de cooperação, por forma a operacionalizar a ocupação das vagas disponíveis nos equipamentos abrangidos pelos mesmos, do próprio distrito ou de distritos limítrofes, ou seja vagas que não tenham sido ocupados pelas referidas instituições;
3. Não existindo vagas identificadas nos pontos anteriores, pode ser formalizada a ocupação de vagas extra-acordo, na rede solidária, relativamente a ERPI do distrito ou distritos limítrofes.

Na inexistência de vagas ou lugares na rede solidária, descritos no processo anterior, e enquanto procedimento excecional e devidamente autorizado pelo Conselho Diretivo do ISS, I.P., procede-se de acordo

²⁰ Procedimentos explicitados em orientação técnica interna ao ISS, IP

com o estabelecido para encaminhamento para ERPI de entidades com fins lucrativos, devidamente licenciados²¹.

No período em que ainda não foi encontrada vaga/lugar, a equipa da segurança social presta, mensalmente, informação ao serviço social do hospital das diligências já efetuadas para integração em resposta social residencial.



No período em que o utente aguarda integração em resposta social, sempre que se verificarem alterações no quadro clínico que impossibilitem a saída do Hospital o serviço social do hospital, deve comunicar essas alterações no prazo de dois dias úteis.

Os óbitos devem igualmente ser comunicados no prazo referido no ponto anterior.

Encontrada a vaga/lugar a equipa da segurança social presta toda a informação ao serviço social do hospital.

Sempre que possível, e previamente ao acolhimento em ERPI, poderá ser disponibilizada cópia do regulamento interno e do contrato de prestação de serviços, a fim de dar a conhecer ao utente ou representante legal os seus direitos e deveres, regras da instituição/resposta social, comparticipação/mensalidade e outros aspetos relevantes.

Por fim, o serviço social do hospital desenvolve, igualmente em articulação com a instituição, os procedimentos necessários à integração do utente na resposta social, sendo que o transporte entre o Hospital e o equipamento social é assegurado pelo próprio hospital.



Nas situações em que, após disponibilização de vaga, não é possível a efetivação do acolhimento num prazo superior a 5 dias úteis, o SSH informa a ESS deste facto e dos motivos inerentes á impossibilidade do acolhimento.

²¹ Procedimentos explicitados em orientações técnicas e manuais internos ao ISS, IP

2.2.3.1. Acompanhamento e follow-up

No pós integração em resposta social, os serviços da segurança social asseguram o acompanhamento periódico à resposta social, garantindo que este equipamento cumpre todos os normativos legais em vigor e que são prestados serviços de qualidade a todos os utentes, incluindo os que ocupam vagas reservadas à Segurança Social. Sempre que se justifique, e no âmbito deste acompanhamento, a ESS remete para o SSH o *follow-up* e outra informação relevante.

Nas situações em que o projeto de intervenção resultou na integração em ERPI lucrativa, as equipas mantêm, com regularidade, o acompanhamento²² do processo.

Nas situações em que o projeto de intervenção resultou na integração em SAD, as equipas do hospital articulam com as Unidades de Saúde Familiar por forma a garantir a continuidade dos cuidados de saúde.

2.3. Procedimentos Especiais

2.3.1. Suprimento da Vontade de Adulto Incapaz

Se, no âmbito da hospitalização, pelos profissionais da área da saúde for detetada alguma *anomia psíquica, surdez-mudez ou cegueira, reveladora de que o indivíduo se mostra incapaz de gerir a sua pessoa e bens*, deverá ser solicitado à família natural sentença judicial de interdição/inabilitação na qual tenha sido comprovado que este foi declarado incapaz e que se encontra devidamente representado pelo seu tutor/curador. Se a família não tiver requerido a interdição/inabilitação do utente, ou não fizer prova desse facto devem os serviços solicitar à família natural que esta interponha ação junto do Ministério Público (MP), facultando-lhe toda a informação de como poderá requerer e para que fins.

Nas situações em que o projeto de alta passa pelo recurso a respostas sociais, na falta de parentes próximos ou se a família natural não fizer prova de ter diligenciado nesse sentido, devem os serviços promover o desencadear dos mecanismos legais de interdição/inabilitação, e, para o efeito, preencher e enviar ao MP da área geográfica de abrangência da sua sede requerimento (Anexo 6), fornecendo os elementos que tenha sobre o cidadão, para apreciação e propositura de ação judicial pelo mesmo, tendente à nomeação oficiosa de um tutor/curador. Face à urgência da situação este requerimento deverá evidenciar a necessidade de nomeação de um tutor/curador provisório, por forma a assegurar a segurança, bem estar, dignidade da pessoa e gestão dos seus bens, até à decisão judicial definitiva de interdição/ inabilitação.

²² Procedimentos explicitados em orientações técnicas e manuais internos ao ISS, I.P.

Esse requerimento/sinalização ao MP deve ser instruído com um relatório social que caracterize o utente e identifique o tipo de cuidados de que o mesmo necessita, o qual deve explicitar elementos essenciais que permitam a obtenção de informações para que conheça melhor o indivíduo e possa decidir quem assumirá as funções de tutor ou curador. Sempre que possível e, na sequência da avaliação social, deve ser identificada a pessoa a quem possa recair a função de tutoria/curadoria.

O relatório social deve incluir toda a informação disponível/conhecida, nomeadamente:

- Elementos de identificação do indivíduo;
- Constituição do agregado familiar;
- Informação da existência ou não de familiares, seus contactos e moradas;
- Rede formal e informal de apoio;
- Situação patrimonial do indivíduo (sempre que conhecida);
- Fotocópia dos documentos pessoais do indivíduo.

Nestas situações, e desde que iniciado o processo, o plano de intervenção definido para o doente deve prosseguir e ser implementado, mesmo que o tribunal ainda não tenha proferido decisão, para superior interesse do utente, respeitando os tempos de internamento hospitalar, de modo a evitar a estadia inadequada e a ocupação indevida de camas hospitalares.

Encontrada uma instituição disponível para receber o utente, a efetivação de diligências no âmbito do processo judicial em curso de interdição/ inabilitação é efetuada pela mesma, devendo os serviços comunicar esse encaminhamento ao Ministério Público responsável pelo processo.

2.3.2. Violência / Maus tratos

No internamento poderão ser detetados sinais de abusos físicos, psicológicos/emocionais, sexuais, financeiros ou negligência e abandono:

- reconhecidas pelo próprio como existindo violência/abusos, em que o mesmo identifica e reconhece os sinais, descreve essa vivência dando exemplos;
- em que o próprio verbaliza e descreve, mas não identifica como mau trato/abuso;
- em que o próprio oculta, não dando qualquer indicação ou até mesmo escondendo por forma a que não surjam suspeitas sobre essa realidade.

Independentemente do comportamento que o próprio assuma, quando questionado, são de **denúncia obrigatória** para os funcionários públicos quanto a crimes públicos de que tomarem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas, ainda que os agentes do crime não sejam conhecidos.

Assim, é obrigatória para *autoridades policiais e funcionários, quanto a crimes públicos de que tomarem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas* (art.º 242º do Código de Processo Penal).

O conceito de funcionário que aqui se aplica é o previsto n.º 1 do art.º 386.º, n.º 1, do Código Penal que estatui que *para efeito da lei penal a expressão funcionário abrange:*

- a) *O funcionário civil;*
- b) *O agente administrativo;*
- c) *Os árbitros, jurados e peritos; e*
- d) *Quem mesmo provisória ou temporariamente, mediante remuneração ou a título gratuito, voluntária ou obrigatoriamente, tiver sido chamado a desempenhar ou a participar no desempenho de uma atividade compreendida na função pública Administrativa ou jurisdicional, ou, nas mesmas circunstâncias, desempenhar funções em organismos de utilidade pública ou nelas participar (...).*

Neste sentido, são de denúncia obrigatória a suspeição das seguintes situações que indiciem:

- Maus tratos (art.º 152º do Código Penal);
- Violência doméstica (art.º 152º do Código Penal);
- Ofensas à integridade física qualificadas (art.º 146º do Código Penal);
- Ameaça (art.º 153º do Código Penal);
- Sequestro (art.º 158º do Código Penal);
- Rapto (art.º 161º do Código Penal);
- Violação (art.º 164º do Código Penal);
- Tráfico de pessoas (art.º 160º do Código Penal);
- Crimes cometidos no exercício de funções públicas, como sejam crime de corrupção (passiva e ativa - arts.º 373º e 374º do Código Penal, respetivamente), o recebimento indevido de vantagem (art.º 372º do Código Penal), peculato e peculato de uso (arts.º 375º e 376º do Código Penal, respetivamente), participação económica em negócio (art.º 377º do Código Penal), concussão e abuso de poder (art.º 379º e 382º do Código Penal, respetivamente), tráfico de influências (art.º 335º do Código Penal) e crime de administração danosa no setor público ou cooperativo (art.º 235º do Código Penal).

Na avaliação inicial o profissional deve ter uma atitude de alerta na presença de comportamentos, sintomas ou sinais de suspeita, realizar um conjunto de perguntas simples e diretas que objetivem a aferição de indicadores que o resultado seja a contextualização de situações de maus tratos/abuso (Anexo 7). Importa sublinhar que sempre que existam indícios fortes, a avaliação deverá ser elaborada por mais do que um profissional.

Em caso de suspeita de maus tratos o serviço social do Hospital deve aprofundar os factos que lhe deram origem, associando-os com outros indicadores e ou fontes de informação, designadamente em articulação com o ISS, I.P., e proceder à sua denúncia. Assim, a denúncia junto do MP tem por base o processo inicial de um reconhecimento por parte dos técnicos do serviço social e ou equipa clínica do Hospital, em exclusivo ou em articulação com outras entidades, quer de situações acompanhadas pelo mesmo ou sinalizadas por outras entidades (Segurança Social, Centros de Saúde, Entidades Policiais, IPSS ou equiparadas, Municípios, Provedoria da Justiça, ou outras).

Para efeitos de denúncia deve ser reunida informação que identifique elementos essenciais do potencial crime/conduita e que descreva a natureza da relação com o potencial agressor. O pedido de intervenção junto do MP (denúncia) tem especial relevo nas situações em que a potencial vítima já não dispõe de capacidade física e ou mental, pelo que também este aspeto deve ser mencionado para que possa assumir carácter de urgência.

Face ao exposto, no Relatório Social deve constar:

- 1 Descrição da situação conhecida atendendo aos elementos essenciais do potencial crime/conduita;
- 2 Existência e natureza da relação com o potencial agressor;
- 3 Fonte e descrição dos factos verificados/relatados;
- 4 Indicação de meios de prova (quando houver lugar);
- 5 Sigilo face à identidade pessoal;
- 6 Plano de intervenção social e de acompanhamento.

Se a denúncia derivar de uma intervenção interinstitucional S+SS ou outras, o Relatório Social deve ser elaborado em conjunto.

Relativamente às diligências mencionadas anteriormente para os profissionais dos hospitais, também se deverão aplicar aos profissionais da Segurança Social, no caso de processos já conhecidos e iniciados pela

Segurança Social, para evitar duplicação de intervenção, bem como aferição de dados no sentido de responder adequadamente à situação do utente.



anexos

Anexo 1 - Fatores de Risco

Pessoais	Viuvez recente
	Autoimagem negativa
	Inadaptação ao processo de envelhecimento
	Baixa escolaridade
	Baixos níveis culturais
Sociais	Viver só (incluindo a ausência de contactos sociais que vão além dos da rotina diária)
	Falta / impossibilidade de suporte familiar e social
	Exaustão familiar /cuidador
	Ter sido institucionalizado
	Deficiente / insuficiente participação na sociedade
	Falta / insuficiência de respostas sociais
Económicos	Baixos rendimentos
	Ausência/insuficiência de outros recursos económicos para além dos rendimentos mensais
Saúde	Falta / insuficiência de serviços de saúde
	Múltiplos internamentos
	Patologia que condiciona a capacidade funcional
	Polimedicação
	Necessidade de cuidados clínicos no domicílio
	Doença terminal
	Doença prolongada
	Deterioração cognitiva
	Sedentarismo
	Hábitos aditivos
	Tentativa de suicídio
Patologia psiquiátrica	
Ambientais e Habitacionais	Viver isolado
	Mudança de domicílio há menos de 12 meses
	Exposição às condicionantes ambientais (ondas de frio e de calor)
	Falta ou Inadequação das condições de habitabilidade
	Difícil acessibilidade

Anexo 2 - Respostas Sociais – conceitos, objetivos e legislação

Respostas Sociais	Conceito	Objetivos	Disposições Legais e Técnicas
Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)	Prestação de cuidados individualizados e personalizados, no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária	<p>Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias</p> <p>Garantir a prestação de cuidados de ordem física e apoio psicossocial a indivíduos e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar</p> <p>Apoiar os indivíduos e famílias na satisfação das necessidades básicas e atividades da vida diária</p> <p>Criar condições que permitam preservar e incentivar as relações intrafamiliares</p> <p>Colaborar e/ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde</p> <p>Contribuir para retardar ou evitar a institucionalização</p> <p>Prevenir situações de dependência, promovendo a autonomia.</p>	Portaria n.º 38/2013, 30 de janeiro Decreto-Lei n.º 141/89, de 28 de abril. Guião Técnico n.º 7, Serviços de Apoio Domiciliário, editado pela ex-DGAS, aprovado por despacho do SEIS de 29/11/1996.
Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas e Adultas com Deficiência	Consiste em integrar temporária ou permanentemente em famílias consideradas idóneas pessoas idosas e/ou adultas com deficiência, quando, por ausência ou falta de condições de familiares e/ou inexistência ou insuficiência de respostas sociais, não possam permanecer no seu domicílio.	<p>Acolher pessoas idosas e/ou adultas com deficiência (no máximo de três), que se encontrem em situação de dependência ou de perda de autonomia, vivam isoladas e sem apoio de natureza sociofamiliar e/ou em situação de insegurança;</p> <p>Garantir à pessoa acolhida um ambiente sociofamiliar e afetivo propício à satisfação das suas necessidades e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade;</p> <p>Evitar ou retardar o recurso à institucionalização</p> <p>Facilitar a interação com a comunidade</p> <p>Promover estratégias de reforço de autoestima e de autonomia pessoal e social.</p>	Decreto-Lei n.º 391/91, de 10 de outubro; Despacho n.º 20043/2009, de 03 de setembro. Despacho n.º 433/2011 de 07 de janeiro
Centro de Dia	Resposta social, desenvolvida em equipamento, que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar.	<p>Proporcionar serviços adequados à satisfação das necessidades dos utentes.</p> <p>Contribuir para a estabilização ou retardamento das consequências nefastas do envelhecimento. Prestar apoio psicossocial. Fomentar relações interpessoais e intergeracionais. Favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida. Contribuir para retardar ou evitar a institucionalização. Contribuir para a prevenção de situações de dependência, promovendo a autonomia.</p>	Sem regulamentação específica. Guião Técnico n.º 8, Centro de Dia, editado pela ex-DGAS, aprovado por despacho do SEIS de 29/11/1996.



Respostas Sociais	Conceito	Objetivos	Disposições Legais e Técnicas
Centro de Noite	Resposta social, desenvolvida em equipamento, que tem por finalidade o acolhimento noturno, prioritariamente para pessoas idosas com autonomia que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento ou insegurança necessitam de suporte de acompanhamento durante a noite	Acolher, durante a noite, pessoas idosas com autonomia. Assegurar bem-estar e segurança. Favorecer a permanência no seu meio habitual de vida. Evitar ou retardar a institucionalização.	Portaria n.º 96/2013, de 04 de março Guião Técnico Centro de Noite, editado pela ex-DGSSS, aprovado por Despacho de 19 de Maio de 2004 do MSST. Circular de Orientação Técnica, n.º 12, de 25/06/2004.
Estrutura Residencial para Pessoas Idosas	Estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem.	Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar; Potenciar a integração social.	Portaria n.º 67/2012, de 21 de março

Fonte: Guia Prático disponível em http://www4.seg-social.pt/documents/10152/27202/apoios_sociais_idosos

Resposta Social	Conceito	Objetivos	Disposições Legais e Técnicas
Centro de Atendimento, Acompanhamento e Reabilitação Social para pessoas com deficiência e incapacidade	Serviço especializado, que assegura o atendimento, acompanhamento e o processo de reabilitação social a pessoas com deficiência e incapacidade e disponibiliza serviços de capacitação e suporte às suas famílias e cuidadores informais.	Informar, orientar e encaminhar para os serviços e equipamentos sociais adequados; Promover programas de reabilitação inclusivos com vista ao desenvolvimento de competências sociais e pessoais; Assegurar o acompanhamento do percurso de reabilitação social com vista à autonomia e capacidade de representação; Capacitar e apoiar as famílias, bem como os cuidadores informais.	Portaria n.º 60/2015, de 2 de março.

Resposta Social	Conceito	Objetivos	Disposições Legais e Técnicas
Centro de Atividades Ocupacionais (CAO)	Visa a valorização pessoal e a integração social de pessoas com deficiência grave, permitindo o desenvolvimento das suas capacidades	<p>Estimular e facilitar o desenvolvimento das capacidades</p> <p>Promover estratégias de reforço de autoestima e de autonomia pessoal e social</p> <p>Privilegiar a interação com a família e com a comunidade, no sentido da integração social das pessoas com deficiência</p> <p>Promover o encaminhamento, sempre que possível, para programas adequados de integração socioprofissional</p>	Decreto-Lei nº 18/89, de 11 de Janeiro Despacho nº 52/SESS/90, de 16 de Julho. Portaria n.º 432/2006, de 3 de maio. Em processo de revisão legislativa.
Residência Autónoma	É um estabelecimento de alojamento temporário ou permanente que funciona num apartamento, moradia ou outra tipologia similar, destinado a pessoas com deficiência e incapacidade que, mediante apoio, possuem capacidade de viver de forma autónoma.	Proporcionar ao residente igualdade de oportunidades facilitando a sua participação social e o desenvolvimento de percursos profissionais.	Portaria n.º 59/2015, de 2 de março
Lar Residencial	É um estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, de pessoas com deficiência e incapacidade que se encontrem impedidas de residir no seu meio familiar.	<p>Contribuir para o bem-estar e melhoria da qualidade de vida dos residentes;</p> <p>Promover estratégias de reforço da autoestima pessoal e da capacidade para a organização das atividades de vida diária;</p> <p>Promover ou manter a funcionalidade e a autonomia do residente;</p> <p>Facilitar a integração em outras estruturas, serviços ou estabelecimentos mais adequados ao projeto de vida dos residentes;</p> <p>Promover a interação com a família e com a comunidade.</p>	Portaria n.º 59/2015, de 2 de março

Fonte: Guia Prático disponível em http://www4.seg-social.pt/documents/10152/27231/apoios_sociais_adultos_deficiencia

Anexo 3 - Ficha de Avaliação Social

1. Dados de Identificação do Utente e do Agregado Familiar

1.1. Identificação do utente

Nome

Data Nascimento

Estado Civil

N.º de BI/CC/Aut. Resid.

NISS

NIF

Morada

Localidade

Código Postal

Concelho

N.º de Telefone

Manual de Articulação – Saúde e Segurança Social – para o Planeamento das Altas Hospitalares

1.2. Identificação do agregado familiar

Nome	Data de Nascimento	Grau de Parentesco	NISS	N.º de Telefone	Observações
------	--------------------	--------------------	------	-----------------	-------------

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

1.3. Identificação de outros elementos da família / pessoas significativas

Nome	Data de Nascimento	Grau de Parentesco/ Tipo de Relação	NISS	Morada	N.º de Telefone	Observações
------	--------------------	--	------	--------	-----------------	-------------

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

1.4. Situação Económica do Agregado Familiar

Rendimentos

Nome	Valor dos Rendimentos	Proveniência

Despesas Fixas

Montante Médio Mensal

Breve Descrição

Em caso de urgência contactar

Outra informação relevante

2. História de Vida ²³

3. Caracterização Sociofamiliar e Redes de Suporte ²⁴ (anterior ao internamento)

4. Caracterização Habitacional

5. Diligências²⁵

²³ Acontecimentos relevantes ao longo do seu ciclo de vida, na dimensão pessoal, familiar e profissional.

²⁴ Entende-se por rede de suporte os recursos sociofamiliares (informais), como família, vizinhos amigos, ou outras pessoas significativas e recursos institucionais (formais) que se destinam a proporcionar apoio relacional e instrumental.

²⁵ Realizadas pelo próprio e ou família/pessoa significativa e pelo serviço social do Hospital

6. Síntese os principais indicadores de risco social (identificação dos problemas relevantes)

7. Proposta de intervenção social

8. Aceitação do Próprio²⁶

Identificação da entidade hospitalar

Identificação do local de internamento

Data / /

Assinatura

N.º de Telefone Direto

²⁶ Nas situações em que a proposta de intervenção social é a de integração em resposta social, deve ser mencionada se existe aceitação do próprio. Em caso negativo, devem descritos os motivos de não aceitação.

Anexo 4 - Declaração de autorização para acesso e partilha de informação

(nome do utente), titular do (tipo do documento de Identificação) n.º , emitido em (data de emissão) pelo serviço de identificação de (serviço).

Representado/a neste ato por (representante do utente), na qualidade de (tutor/curador/), titular do (tipo do documento de Identificação) n.º , emitido em (data de emissão) pelo serviço de identificação de (serviço).

Declara que autoriza, de forma livre, esclarecida, específica e inequívoca o acesso e a troca de informação necessária entre o Hospital (designação do hospital) e o Centro Distrital de do ISS, I.P., para proceder à avaliação social e eventual integração em resposta social.

Declara, ainda, para os devidos efeitos, ter sido devidamente informado de todas as obrigações e responsabilidades inerentes à autorização proferida.

Local , Data / /

Assinatura



Anexo 5 - Ficha de Caracterização Clínica

1. Identificação do utente

Nome

2. Diagnóstico

Breve Descrição

Dia de Internamento

Previsão de alta clínica

3. Medicação

4. Doenças Infeciosa

Não

Sim

Quais



5. Atividades de Vida Diária (AVD)				
Domínio do autocuidado/AVD	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente autónomo
Tomar Banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestir-se e despir-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arranjar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso do sanitário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elevar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferir-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Capacidade cognitiva	
Com compromisso	<input type="checkbox"/>
Sem compromisso	<input type="checkbox"/>

7. Comunicação	
Não compreende uma conversa	<input type="checkbox"/>
Só compreende ordens simples	<input type="checkbox"/>
Compreende uma conversa	<input type="checkbox"/>

8. Orientação temporal, espacial e pessoal		
Sabe identificar data e horas corretas	Sim	<input type="checkbox"/>
	Não	<input type="checkbox"/>
Sabe identificar sempre o local onde está	Sim	<input type="checkbox"/>
	Não	<input type="checkbox"/>



9. Necessidades de cuidados médicos e de enfermagem

Permanentes (Breve Descrição)

Não Permanentes (Breve Descrição)

Não Aplicável

10. Outros elementos

Tem critérios que permitem a referenciação para a RNCCI

Sim

Não

Existe(m) úlcera(s) de pressão de grau 2 ou superior

Sim

Não

Tem doença mental e/ou deficiência com terapêutica que permite um comportamento adequado aos objetivos de uma ERPI

Sim

Não

Centro de Saúde

Médico de Família

Outra informação relevante

Identificação da entidade hospitalar

Identificação do local de internamento

Data / /

Assinatura



Anexo 6 - Modelo de Requerimento a apresentar ao Ministério Público por uma Entidade/Instituição

Exmo. Senhor Magistrado

do Ministério Público da Comarca de

Assunto: Interdição/Inabilitação de (nome do interditando / inabilitando).

A (designação da Entidade/Instituição) é uma (indicar natureza jurídica), que atua na área de prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência/incapacidade, no âmbito de .

No contexto da sua atividade, vem prestando apoio à pessoa supra referida, que não se encontra em condições de gerir a sua pessoa e bens em virtude de (indicar os motivos e a causa da incapacidade).

Trata-se de (caraterização do utente indicando sexo, idade, situação familiar e situação socioeconómica).

Neste sentido e dada a necessidade de garantir a sua representação legal e a consequente salvaguarda dos seus direitos, solicita-se a interposição urgente de uma ação de interdição/inabilitação, juntando em anexo os seguintes documentos probatórios para o efeito (relatório clínico e social sobre as questões que se prendem com a saúde, dependência/incapacidade física e ou mental, tipo de cuidados prestados e periodicidade, contexto familiar, entre outros).

Com os melhores cumprimentos,

Data / /

Assinatura



Anexo 7 – Quadro síntese: Procedimentos de Identificação e Intervenção em situações de Violência

Etapa	O que fazer	Quem deve ser envolvido	Porquê agir desta forma
1	Identificar indícios de violência Analisar a situação, considerando fatores de risco e sinais	Profissional que trabalha com a família (ou quem está a fazer a primeira avaliação)	“Fatores de risco” ou “sinais” podem ser avisos mas não provam, necessariamente, existência de violência
2	Concentrar-se nos indícios Observar e assinalar incidentes isolados Documentar os incidentes	Profissional que trabalha com a família – eventualmente já com acordo do coordenador e tendo informado outras pessoas que trabalham com essa Família	Há que observar cuidadosamente e clarificar incidentes suspeitos, antes de avançar para as etapas seguintes
3	Falar acerca das suspeitas na sua própria organização Informar o coordenador Objetivar suspeitas consultando colegas ou outras pessoas	Membros do pessoal técnico, coordenador, colegas (equipa)	Partilhar o problema pode ser um alívio No interesse da pessoa idosa, pode ser importante obter uma segunda (e terceira) opinião
4	Confirmar as suspeitas com a vítima e o agressor Discutir o problema de uma forma cuidadosa e respeitosa, se possível com apoio de um especialista Clarificar a causa/origem da violência Entender as solicitações e necessidades das pessoas envolvidas	Membros do pessoal técnico e equipa Se necessário, especialistas (com a concordância do coordenador) Vítima (utente) Agressor Cuidador familiar e outros membros da família tanto quanto possível	Para ver o que é possível na situação específica Os profissionais devem ter uma relação de confiança com a pessoa idosa – e o especialista dispõe dos meios adequados Para perceber a origem do problema é preciso intervir de forma adequada
5	Discutir as intervenções possíveis com a equipa de prestação de cuidados envolvida - Reportar a e cooperar com serviços locais e organizações de apoio à vítima - Desenvolver um plano de intervenção	Equipa Coordenador Especialistas tais como técnicos de serviço social, psicólogos, psiquiatras Eventualmente, gestão de topo Outras pessoas ou instituições envolvidas (médicos de família, outros serviços e instituições, polícia...)	Devido à complexidade da situação, muitas vezes é necessário um conjunto de intervenções E é necessário conseguir que todas as pessoas/instituições “entrem no mesmo barco”, de modo a obter toda a informação disponível e a evitar contradições ou sobreposições
6	Sugerir um plano de intervenção à família - Discutir o plano de intervenção e, se necessário, adaptá-lo - Chegar a acordo com a pessoa idosa e com o cuidador familiar - Estabelecer compromisso com o plano de intervenção	Equipa Coordenador Especialistas Vítima (utente) Agressor Cuidador familiar e outros membros da família tanto quanto possível	Todas as pessoas envolvidas devem concordar em desenvolver um plano de intervenção (Se tal não for possível, é necessário encontrar soluções para apoiar a vítima sem a colaboração dos membros da família)



Etapa	O que fazer	Quem deve ser envolvido	Porquê agir desta forma
7	<p>Concretizar o plano de intervenção</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordenar as atividades de intervenção - Monitorizar a situação - Se necessário, adaptar o plano 	<p>Equipa</p> <p>Coordenador</p> <p>Vítima (utente)</p> <p>Agressor</p> <p>Cuidador familiar e outros membros da família tanto quanto possível</p> <p>Consultar especialistas se necessário</p>	<p>Para verificar a eficácia das medidas e melhorar a situação, é necessária a comunicação contínua com a família e a monitorização dos “ sinais”</p>

Fonte: Adaptado de CESIS, “Breaking the TABOO: Violência contra mulheres idosas em contexto familiar: reconhecer e agir”, Projeto Daphne, 2007-2009