

Manual de Articulação

Saúde e Segurança Social (S+SS)

para o Planeamento das

Altas Hospitalares



Ministério da Saúde

Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

Manual de Articulação - Saúde e Segurança Social (S + SS) – para o Planeamento das Altas Hospitalares

PROPRIEDADE

Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS, I.P.)

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS, I.P.)

Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P. (DE-SNS, I.P.)

AUTORIA

ISS, I.P.

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

DE-SNS, I.P.

DATA DE PUBLICAÇÃO

agosto de 2023

Índice Geral

| | |
|---|----|
| Siglas..... | 2 |
| Nota Introdutória..... | 3 |
| Capítulo I – Enquadramento Geral | 5 |
| 1.1. Princípios e Pressupostos de Intervenção..... | 6 |
| 1.2. Desafios à Intervenção..... | 7 |
| 1.3. Competências S+SS | 7 |
| Capítulo II – Procedimentos de Articulação S+SS | 10 |
| 2.1. O Manual de Articulação S+SS..... | 11 |
| 2.1.1. Objetivos gerais..... | 11 |
| 2.1.2. Objetivos específicos | 11 |
| 2.1.3. Intervenientes Responsáveis e Canais de Comunicação | 12 |
| 2.2. Procedimentos Gerais e Níveis de Responsabilidade..... | 12 |
| 2.2.1. Diagnóstico..... | 13 |
| 2.2.2. Referenciação | 15 |
| 2.2.2.1. Critérios de referenciação..... | 15 |
| 2.2.2.2. Critérios de exclusão | 16 |
| 2.2.2.3. Documentos para referenciação | 16 |
| 2.2.3. Avaliação | 17 |
| 2.2.4. Acompanhamento..... | 18 |
| 2.2.5. Monitorização..... | 20 |
| Capítulo III - Procedimentos Especiais | 22 |
| 3.1. Regime do Maior Acompanhado..... | 22 |
| 3.2. Violência / Maus-tratos | 22 |

Índice de Anexos

| | |
|--|----|
| Anexo I - Etapas Específicas, Responsáveis e Prazos | 26 |
| Anexo II – Fluxograma Geral de Procedimentos | 27 |
| Anexo III - Fatores de Risco | 28 |
| Anexo IV – Ficha de Avaliação Social | 29 |
| Anexo V - Consentimento Informado para integração em resposta residencial | 29 |
| Anexo VI - Consentimento Informado para acesso e partilha de informação | 29 |
| Anexo VII - Ficha de Caracterização Clínica..... | 29 |
| Anexo VIII – Requerimento ao Ministério Público..... | 29 |
| Anexo IX – Quadro síntese: Procedimentos de Identificação e Intervenção em situações de Violência..... | 30 |

Siglas

ACSS, IP – Administração Central do Sistema de Saúde

AFPIAD – Acolhimento Familiar de Pessoas Idosas e Adultos com Deficiência

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

LR – Lar Residencial

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

Nota Introdutória

Portugal está a envelhecer a um ritmo mais acelerado do que os restantes países europeus, pelo que se impõe uma mudança de paradigma, de forma a ter capacidade a nível económico e social para assegurar boas condições de bem-estar e saúde à sua população idosa, em consonância com as recomendações da Estratégia Europeia de Prestação de Cuidados 2022 e ao Pilar Europeu dos Direitos Sociais, no Princípio 18: Cuidados de Longa Duração.

O internamento hospitalar e os motivos de saúde que o originaram, poderão representar para o utente uma alteração transitória ou mesmo definitiva do seu contexto de vida que, consequentemente, poderá necessitar de continuidade de cuidados de terceiros.

O planeamento da alta hospitalar representa a transição para outro nível de cuidados, pelo que é fundamental uma avaliação diagnóstica multidisciplinar para um encaminhamento mais adequado à situação, levando a uma maior satisfação do utente, deste modo, a maior adesão à solução encontrada, privilegiando a permanência no domicílio, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais, mas mantendo a continuidade dos cuidados necessários à sua reabilitação, com segurança e, a par, facilitando a conciliação da vida profissional e familiar do cuidador.

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 pela situação de doença ou dependência, acrescido da insuficiente ou ausente rede de suporte familiar ou social, não reúnem condições para sair do hospital em segurança.

Nesta transição de cuidados para os utentes que não reúnem condições de segurança para sair do hospital, surge muitas vezes a necessidade de uma resposta social, pelo que importa assegurar a cooperação entre as entidades com competências de saúde e de apoio social para proporcionar ao utente saída do hospital e a sua integração numa resposta social. A regulação da cooperação institucional levou à elaboração, em 2015, do Manual de Articulação - Saúde e Segurança Social (S+SS) - para o Planeamento das Altas Hospitalares, (doravante “Manual”), pelo Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS), e pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., com a participação de elementos designados por instituições hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), divulgado através da Circular Informativa Conjunta n.º1/2023 de 10 agosto-DE-SNS_ISS.

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

Tendo por base a experiência dos últimos anos, constata-se que as respostas que carecem de maior articulação institucional, entre a saúde e a segurança social, para a promoção das altas hospitalares são as respostas residenciais, as quais apresentam condicionantes que conduzem ao protelamento das altas hospitalares. Reconhecida esta dificuldade, foi aprovada pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas da inclusão e da saúde, a Portaria n.º 38-A/2023 de 2 de fevereiro, que estabelece os termos e as condições de articulação entre a saúde e a segurança social, para efeitos de referenciação e acompanhamento de pessoas com protelamento de alta em hospital, através do recurso a um acolhimento temporário e transitório em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) ou Lar Residencial (LR).

A publicação da referida Portaria, e ainda a experiência de articulação entre S+SS, ditam a necessidade de simplificar e atualizar o Manual de Articulação - Saúde e Segurança Social - para o Planeamento das Altas Hospitalares, elaborado em agosto de 2015. sendo este o objetivo do presente documento.

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 também se constituem como referência para o processo de articulação.

Sublinhe-se que as orientações aqui expressas, constituem um documento de suporte na intervenção das entidades envolvidas no planeamento das altas e serão objeto de revisão quando tal se mostre necessário.

Capítulo I – Enquadramento Geral

O envelhecimento da população traz consigo diversas questões, nomeadamente o peso da doença crónica e de multipatologias em simultâneo durante mais anos e o aumento de pessoas com doenças degenerativas, como as demências e com grau/nível de dependência.

Assim, as alterações sócio económicas e demográficas traduzem-se num aumento da procura global de serviços de cuidados de saúde e de Cuidados de Longa Duração, pelo que o “Envelhecimento” tem de vindo a constituir-se como prioridade nas agendas políticas nacionais, bem como nas recomendações e medidas propostas pela Comissão Europeia.

Importa assim, a conjugação de sinergias para promover a partilha de recursos e de responsabilidades, envolvendo as tutelas da segurança social e saúde, autarquias, IPSS, entidades com fins lucrativos, permitindo ir ao encontro da resposta mais adequada e da satisfação do utente, bem como daqueles que prestam cuidados.

Segundo a OCDE/Comissão Europeia, entende-se por Cuidados de Longa Duração (Long Term Care):

“um conjunto de serviços destinados a pessoas com um grau reduzido de capacidade funcional, física ou cognitiva, e que conseqüentemente dependem por um longo período de ajuda para as atividades de vida diária (AVD).

Os serviços dos cuidados de longa duração podem ser suportados por cuidados no domicílio, em ambulatório ou internamento.”

Assim, em função das necessidades, do grau de autonomia e da vontade, os cidadãos e/ou cuidadores, poderão beneficiar de diversos tipos de Respostas Sociais, das quais se destacam as dirigidas a adultos:

- Serviço de Apoio Domiciliário (SAD);
- Centro de Noite;
- Centro de Dia;
- Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas e Adultos com Deficiência (AFPIAD);
- Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI);
- Lar Residencial (LR);
- Residência de Autonomização e Inclusão (RAI)

- Centro de Atividades e Capacitação para a Integração (CACI);
- Centro de Atendimento, Acompanhamento e Reabilitação Social para Pessoas com Deficiência e Incapacidade (CAARSPD).

Para aferição das respostas existentes no território nacional, pode consultar o site da Carta Social:

www.cartasocial.pt.

Os cidadãos e/ou cuidadores, poderão ainda beneficiar de Medidas de Política Social, como seja o Estatuto do Cuidador Informal (ECI), e da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

O planeamento da alta hospitalar representa um momento crucial para o sucesso da continuação e tratamento da recuperação dos utentes, seja através do regresso ao domicílio com ou sem suporte formal, ou, sempre que a situação de dependência e/ou a situação de incapacidade não o permita, ser integrado em resposta residencial.

1.1. Princípios e Pressupostos de Intervenção

- *Promoção da Cidadania*: Respeito pelos direitos, liberdades e garantias dos beneficiários, plasmados na Constituição da República Portuguesa, no Código Civil e outra legislação enquadradora aplicável;
- *Não discriminação*: Respeito pela raça, sexo, orientação e identidade de género, língua, território de origem, religião, cultura, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica ou qualquer outra circunstância pessoal ou social;
- *Interesse superior do cidadão*: atender prioritariamente aos interesses e direitos do cidadão;
- *Privacidade*: Respeito pela intimidade, imagem e reserva da vida privada;
- *Proporcionalidade*: a intervenção deve ser a necessária e a adequada;
- *Prevalência da rede primária de apoio*: manutenção, reforço ou restabelecimento das relações interpessoais e intergeracionais, com outros que lhe são significativos, estejam ou não ligados por laços de parentesco;
- *Direito à informação, participação e decisão*: os cidadãos têm de ter acesso à informação, no formato que lhe seja inteligível, e que lhe permita decidir, sendo o respeito pela vontade do próprio sempre observada;

- *Equidade*: qualidade e universalidade no acesso aos cuidados necessários;
- *Proximidade*: Permanência do cidadão no seu meio habitual de vida; promoção do acesso aos serviços de proximidade e da personalização dos cuidados;
- *Valorização do suporte privilegiado*: formal ou informal.

1.2. 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;
- Dificuldade na tomada de decisão dos próprios e família/cuidadores no confronto com a nova situação de dependência;
- Capacidade e envolvimento da família e cuidadores no processo de cuidar;
- Envolvimento/participação da família na escolha adequada à necessidade do utente;
- Conflitos intrafamiliares;
- Dificuldade de avaliação da caracterização social e económica do próprio e do agregado;
- Dificuldade de avaliação clínica para a tomada de decisão adequada;
- Política de gestão e planeamento da alta tardiamente;
- Colocação do foco do adiamento da alta apenas em problemas psicossociais;
- Dificuldades de articulação entre instituições;
- Conciliar a vontade do cidadão e/ou família/ rede de suporte e as respostas/medidas existentes.

1.3. 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 dos utentes no pós alta hospitalar.

Um dos princípios fundamentais da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro), 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 utentes em geral. Paralelamente, têm também por objeto desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde.

O planeamento da alta hospitalar representa um momento fulcral no internamento dos utentes, que muitas vezes apresentam situações complexas e necessidade de continuação de cuidados, pelo que os programas de planeamento da alta devem ter por base uma visão holística, garantindo a segurança e proteção social.

São funções do Serviço Social no Hospital, de acordo com a Circular Normativa n.º 8/2002 do então Departamento de Modernização e Recursos de Saúde, elaborar o diagnóstico social; proceder ao acompanhamento psicossocial dos utentes e das famílias; participar da 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.

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 com capilaridade em todo o território continental.

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

- Apoiar, prioritariamente, os indivíduos e as famílias em situação de vulnerabilidade e emergência social;

- 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.

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.



O acesso às respostas sociais do setor solidário não se encontra sujeito a condição de recurso, no entanto, para além da comparticipação financeira da Segurança Social à instituição, os utentes e famílias participam nas despesas de funcionamento do serviço, mediante o pagamento de um valor estabelecido em função do serviço prestado e dos rendimentos do agregado familiar. As regras de comparticipação familiar estão definidas em normativos próprios, designadamente na Portaria n.º 196-A/2015, de 1 de julho, na redação atual.

Capítulo II – Procedimentos de Articulação S+SS

A autonomia do cidadão poderá ser comprometida com o internamento hospitalar e o regresso ao seu contexto habitual de vida 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 os serviços de saúde na comunidade e/ou com as respostas sociais.

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

Um episódio agudo de doença com internamento hospitalar, poderá comprometer a autonomia e o regresso do utente ao seu contexto habitual de vida, podendo implicar a necessidade de uma ação concertada entre o hospital e os serviços da comunidade no sentido da continuidade de cuidados de forma integrada para as pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia.

Na preparação atempada da alta, em função das necessidades e do grau de autonomia, o cidadão e/ou a família/rede de suporte informal poderão ser encaminhados para respostas sociais, nomeadamente para as que permitem manter as pessoas no domicílio ou para as respostas residenciais, pelo que uma avaliação diagnóstica fundamentada é essencial para o encaminhamento mais adequada à situação.

O encaminhamento para a resposta social adequada à necessidade do utente é realizado mediante o contacto direto da família e/ou equipa hospitalar com a respetiva instituição da rede social, respeitando o critério da proximidade, sempre que possível. Nas respostas que permitem manter a pessoa no domicílio, é fundamental que em simultâneo a equipa hospitalar estabeleça a devida articulação com os cuidados de saúde primários no sentido de garantir a continuidade de cuidados, prevenir a descompensação e evitar nova hospitalização.

Relativamente ao encaminhamento para respostas residenciais, na presença de pessoas que se encontram condicionadas por situações de incapacidade /ou doença/ou dependência, acrescido da insuficiente ou ausente rede de suporte familiar ou socioeconómica, importa assegurar a cooperação entre as entidades com competências de saúde e de segurança social para proporcionar ao cidadão uma efetiva continuidade de cuidados no pós alta e a promoção da sua autonomia.

2.1. O Manual de Articulação S+SS

2.1.1. Objetivos gerais

O presente Manual pretende agilizar 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;
- Identificação de todos os recursos da comunidade face à necessidade;
- Harmonização de procedimentos e instrumentos para a concretização da alta;
- Garantir os procedimentos e qualidade na continuidade de cuidados de saúde e sociais.

2.1.2. Objetivos específicos

As equipas de Saúde+Segurança Social envolvidas no planeamento das altas, têm de atender aos seguintes objetivos específicos:

- Privilegiar, sempre que possível, as respostas sociais da comunidade que garantam os cuidados necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, sem retirada do utente do seu meio;
- Promover a participação da família, ou outros cuidadores, na prestação dos cuidados;
- Aproximar os Centros Hospitalares/Hospitais/Unidades Locais de Saúde das respostas disponíveis na comunidade;
- Promover a articulação entre os Centros Hospitalares/Hospitais/Unidades Locais de Saúde e os Cuidados de Saude Primários/Centros de Saúde;

- Promover o acesso aos serviços de proximidade e prestação de cuidados individualizados;
- Assegurar a prestação de serviços adequados a cada cidadão, tendo como referência as condições socioeconómicas e familiares;
- Assegurar a resposta adequada à necessidade da pessoa;
- Respeitar a vontade da pessoa ou do seu representante legal, sempre que aplicável.

2.1.3. Intervenientes Responsáveis e Canais de Comunicação

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

Não obstante, ao longo do processo poderá ser requerida a participação de outros serviços/apoios.

2.2. Procedimentos Gerais e Níveis de Responsabilidade

Os procedimentos de planeamento de alta e articulação com os serviços respetivos da segurança social, no âmbito deste Manual, aplicam-se para as seguintes respostas residenciais:

- Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI),
- Lar Residencial (LR).
- Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas e Adultos com deficiência (AFPIAD);

A articulação interinstitucional, nos termos da Portaria n.º 38-A/2023, de 2 de fevereiro é efetuada e sistematizada em SharePoint específico alojado na extranet da Segurança Social, permitindo aos utilizadores previamente credenciados de ambas as partes, acesso ao ponto de situação atual de cada pedido de integração.

Nesta sequência, o planeamento da alta é operacionalizado ao longo das seguintes etapas (Anexo I e Anexo II):

1. **Diagnóstico:** identificação, avaliação e tomada de decisão;
2. **Referenciação:** formalização de pedido de integração em resposta residencial;
3. **Análise do pedido:** análise, parecer e validação;
4. **Acolhimento em resposta social e acompanhamento:** encaminhamento para resposta

residencial, transferência, admissão e acompanhamento.

2.2.1. Diagnóstico

O serviço social do hospital procede à avaliação social e articula com a área clínica de forma a identificar e aprofundar os aspetos essenciais para o devido encaminhamento.

A avaliação social deverá atender aos temas que constam na Ficha de Avaliação Social (Anexo IV).

A intervenção social junto do próprio e do(s) cuidador(es) em contexto hospitalar implica:

- 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 e apoios sociais, tais como: pensões, complementos, subsídios, serviços 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;
- Envolvimento do utente e da família em todas as etapas (Diagnóstico social, planeamento da alta e sua concretização);
- Identificação dos familiares com obrigação legal de alimentos;
- Identificação outras pessoas significativas.

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, avaliação sócio económica e pessoas significativas ou serviços;
- 2 Informação Significativa de percurso vida e expectativas que contribua para a intervenção

- 3 Caracterização habitacional;
- 4 Síntese dos principais indicadores de risco social (identificação dos problemas relevantes - consultar Anexo III) e dos fatores protetores/potencialidades;
- 5 Diligências efetuadas pela família/pessoa significativa e SSH;
- 6 Proposta de integração em resposta residencial;
- 7 Aceitação do Próprio/Representante para partilha de dados e admissão em resposta residencial.

Para completar a avaliação social, o serviço social do Hospital poderá requerer informação complementar, nomeadamente junto das equipas da Segurança Social ou do município, com a devida autorização do próprio/representante para articulação - Consentimento informado para acesso e partilha de informação - Anexo VI).

A equipa clínica do hospital procede à avaliação, (Ficha de Caracterização Clínica – Anexo VII) por forma a garantir um correto planeamento da alta e da continuidade de cuidados no pós alta.

A Ficha de Caracterização Clínica, sistematiza informação relevante para o encaminhamento no pós alta, designadamente:

- Diagnóstico;
- Breve descrição da situação clínica;
- Medicação a manter pós alta;
- Situação físico-funcional, com:
 - Avaliação das AVD;
 - Capacidade cognitiva e comunicação;
 - Orientação temporal, espacial e pessoal.

A identificação da dependência/autonomia ao longo do processo de hospitalização e alta, bem como o potencial de participação do utente, 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 utentes, a família e a comunidade, podem estas situações ser referenciadas, caso seja necessário, para o serviço de atendimento/acompanhamento social do município ou para a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa no caso dos residentes no concelho de Lisboa.

2.2.2.1. Critérios de referenciação

Podem ser referenciados à equipa da Segurança Social os utentes que, independentemente da idade necessitem de integração em resposta residencial e que reúnam, cumulativamente, os seguintes critérios:

- Permaneçam, por motivos sociais, internados no hospital do SNS, em situação de pós alta clínica;
- Se encontrem impossibilitados de regressar ou permanecer na sua própria residência, em virtude de não reunirem condições de autonomia ou não disporem de rede de suporte familiar ou outra para prestar os cuidados necessários, ou, na sua existência, esta se manifeste insuficiente;
- Careçam, comprovadamente de uma resposta de acolhimento residencial, após avaliação do perfil pessoal, social e das condições de saúde;
- Prestem o seu consentimento escrito, direto ou, quando tal não seja possível, o mesmo

seja prestado pelo seu representante legal, sempre que aplicável;

Podem ainda ser referenciados à equipa da Segurança Social os utentes adultos que, independentemente da idade, necessitem de integração em resposta residencial e se encontrem sem rede de suporte e sem capacidade de decisão, com processo de Maior Acompanhado iniciado junto do Ministério Público.

Acresce ainda a necessidade de identificação de familiar com obrigação legal de alimentos com vista à comparticipação familiar mensal devida pela utilização de resposta social de acordo com as regras de comparticipação definidas no anexo à Portaria n.º 196-A/2015, de 1 de julho, na redação atual.

2.2.2.2. Critérios de exclusão

Encontram-se excluídos de integração numa resposta social, ao abrigo do Manual os utentes que:

- Reúnam os critérios para integrar uma das tipologias de resposta da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), de ações ou cuidados paliativos, bem como as pessoas com doença mental grave;
- Tenham úlceras de pressão de grau 2 ou superior ou outras situações de saúde complexas associadas a situações graves de carácter degenerativo que requeiram a existência de uma equipa médica em permanência;

2.2.2.3. Documentos para referência

Para efeitos de referência, são necessários os seguintes documentos:

- Ficha de Avaliação Social;
- Ficha de Caracterização Clínica;
- Consentimento informado para acesso e partilha de informação - Anexo VI;
- Consentimento informado para integração em resposta residencial – Anexo V.

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

- Cópia da sentença judicial proferida no âmbito do regime jurídico do Maior Acompanhado ou equiparado;

ou

- Cópia do requerimento para interposição de ação no âmbito do regime jurídico do Maior Acompanhado junto do Ministério Público.



Em simultâneo com a referência enviada para a segurança social, o serviço social do hospital regista no SharePoint o respetivo pedido

A referência e envio do processo aos serviços de segurança social é efetuado através da plataforma SharePoint.

Nas situações de violência previstas no ponto 3.2., deve igualmente ser remetida cópia da informação enviada ao MP.

2.2.3. Análise do pedido

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

Na observância da conformidade do processo, as equipas da Segurança Social informam a equipa do serviço social do Hospital, no prazo de 4 dias úteis da decisão de admissão em resposta residencial 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 significativas.

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 4 dias úteis referidos anteriormente, 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 e necessidades do utente, identificada na informação disponibilizada, de modo a reduzir o protelamento do internamento hospitalar e a ocupação indevida de camas hospitalares.

2.2.4. Acolhimento em resposta social e acompanhamento

Encontrada a vaga para integração em ERPI ou LR, são estabelecidos os seguintes procedimentos:

1. A equipa da Segurança Social articula com a instituição e faculta toda a informação necessária relativa à pessoa a acolher;
2. Após a partilha de toda a informação do utente, a instituição dispõe de um prazo máximo de dois dias úteis para responder à referenciação;
3. Seguidamente, a equipa da Segurança Social articula com serviço social do hospital, o qual desenvolve, igualmente em articulação com a instituição, os procedimentos necessários à integração do utente na resposta social, sendo o transporte assegurado pelo próprio hospital;
4. Sempre que possível, e previamente ao acolhimento em ERPI ou em LR, a instituição disponibiliza ao serviço social do hospital uma 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;
5. O acolhimento em resposta residencial é efetuado por um período até seis meses, podendo ser renovado por igual período, quando devidamente justificado e fundamentado;
6. Após admissão, o acompanhamento do utente pela Instituição é realizado em articulação como a respetiva equipa da Segurança Social e sempre que aplicável, com o serviço social do hospital e ocorre ao longo de todo o processo, de forma sistemática e contínua, assegurando a transição para os cuidados residenciais ou, preferencialmente, para os cuidados no domicílio;
7. O processo de acompanhamento é supervisionado pela equipa da segurança social, a qual contribui no encontrar de vagas residenciais reservadas, no âmbito de acordo de cooperação, para efetivação da transição de cuidados, sempre que necessário.

Não obstante a informação atual e permanentemente disponível em SharePoint relativamente à gestão das vagas, 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 verifiquem alterações no quadro clínico que impossibilitem a saída do Hospital, o serviço social do hospital deve comunicar essas alterações no prazo de 2 dias úteis e deve a situação ser reavaliada.

Os óbitos devem igualmente ser comunicados no prazo de 2 dias

No âmbito do artigo 9.º, da Portaria n.º 38-A/2023 de 2 de fevereiro o instrumento de monitorização permite ainda o acompanhamento da gestão das vagas enquadradas por esta medida.

Ainda em conformidade com a supramencionada Portaria, as fraldas estão incluídas no valor a pagar mensalmente e a despesa com medicamentos é assegurada pela pessoa ou família, nos termos do regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos, ou pelo hospital do SNS que referencia, caso a pessoa não tenha suporte familiar significativo ou rendimento mínimo para suportar a referida despesa., ou seja, utentes que integrem agregado familiar cujo rendimento médio mensal seja igual ou inferior a 1,5 vezes o valor do IAS, nos termos do artigo 6.º do DL n.º 113/2011, de 29 de novembro.

Se o projeto de intervenção passar pela integração em Família de Acolhimento, no quadro legal do Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas e Adultos com Deficiência, a equipa da segurança social verifica a disponibilidade de lugares nas famílias de acolhimento existentes e desenvolve a articulação com o hospital e a família de acolhimento para a devida admissão.

2.2.5. Monitorização

A implementação de uma solução em SharePoint constituiu-se como uma ferramenta fulcral na monitorização das altas hospitalares entre os Centros Hospitalares/Hospitais/Unidades Locais de

Saúde e os Centros Distritais do ISS, IP, no âmbito do previsto no artigo 9.º, da Portaria 38-A/2023, de 2 de fevereiro.

A informação pode ser consultada e registada de acordo com o seguinte:

Até terça-feira:

Os Centros Hospitalares/Hospitais/Unidades Locais Saúde registam na “Lista de Sinalizações para Resposta Social” as situações referenciadas para o CDist respetivo que carecem de resposta social, tendo por base o Manual de Articulação entre a S+SS para as Altas Hospitalares;

Até quarta-feira:

Cada CDist da Segurança Social analisa cada situação e atualiza o a informação na “Lista de Sinalizações para Resposta Social” tendo por base a informação o *upload* dos documentos remetida pelo SharePoint

Acresce ainda a necessidade de atualizar a informação da “Monitorização de vagas” no âmbito da Portaria n.º 38-A/2023 de 6 de fevereiro.

Quintas-feiras (caso seja feriado, passa para o dia útil seguinte):

A equipa especializada do ISS, analisa e consolida a informação semanal relativamente às “Admissões em Resposta Social” e “Utentes em Hospital a Aguardar vaga em Resposta Social”.

A atribuição das vagas em ERPI ou LR compete a cada Centro Distrital, em função dos pedidos recebidos e das vagas disponíveis na área de abrangência, exceto quando o CD do ISS e a DE-SNS verificarem a necessidade de priorizarem a admissão de utentes que se encontram em hospital//hospitais com lista de espera considerável, os quais prestarão orientações neste sentido.

Capítulo III - Procedimentos Especiais

3.1. Regime do Maior Acompanhado

O Regime do Maior Acompanhado aprovado pela Lei nº 49/2018 de 14 de agosto, tem como objetivo garantir o bem-estar, a recuperação, o pleno exercício dos seus direitos bem como a observância dos deveres do adulto, focando-se na pessoa, e não apenas no seu património. Este regime limita-se ao mínimo necessário para que a autodeterminação e capacidades do beneficiário possam, dentro dos circunstancialismos, ser asseguradas; não haverá lugar a acompanhamento se os deveres de assistência e cooperação bastarem para a proteção da pessoa.

O beneficiário destas medidas, é o cidadão maior, impossibilitado, seja por razões de saúde, deficiência, ou pelo seu comportamento, de exercer os seus direitos, de forma plena pessoal e consciente ou cumprir os seus deveres.

Assim, no decurso do internamento hospitalar, caso se identifique que um cidadão se encontre incapaz de exercer os seus direitos, de forma plena pessoal e consciente ou cumprir os seus deveres, deve ser iniciada Ação Especial de Maior Acompanhado e fim de se estabelecer (em) a(s) medida(s) de acompanhamento necessárias (Anexo VIII).

Perante a necessidade de proteção do cidadão, não sendo o próprio/família a requerer, devem os serviços do hospital requerer junto do Ministério Público a interposição de ação judicial. O requerimento deverá ser devidamente fundamentado, juntando prova documental, clínica e social e propondo, sempre que possível, o acompanhante (s).

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 maus-tratos/abuso;
- em que o próprio oculta, não dando qualquer indicação ou até mesmo escondendo por

forma a quem não surjam suspeitas sobre essa realidade.

Independentemente do comportamento que o próprio assuma, quando questionado, são de denúncia obrigatória para os funcionários que exerçam funções públicas 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.

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 - art.º 373º e 374º do Código Penal, respetivamente), o recebimento indevido de vantagem (art.º 372º do Código Penal), peculato e peculato de uso (art.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 fatores de risco, comportamentos, sintomas ou sinais de suspeita de maus-tratos (por ação ou omissão), e realizar um conjunto de perguntas simples e diretas que objetivem a aferição de indicadores que permitam a contextualização de situações de maus-tratos/abuso (Anexo IX). Importa sublinhar que sempre que existam indícios fortes, a avaliação deverá ser elaborada por mais do que um profissional.

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.

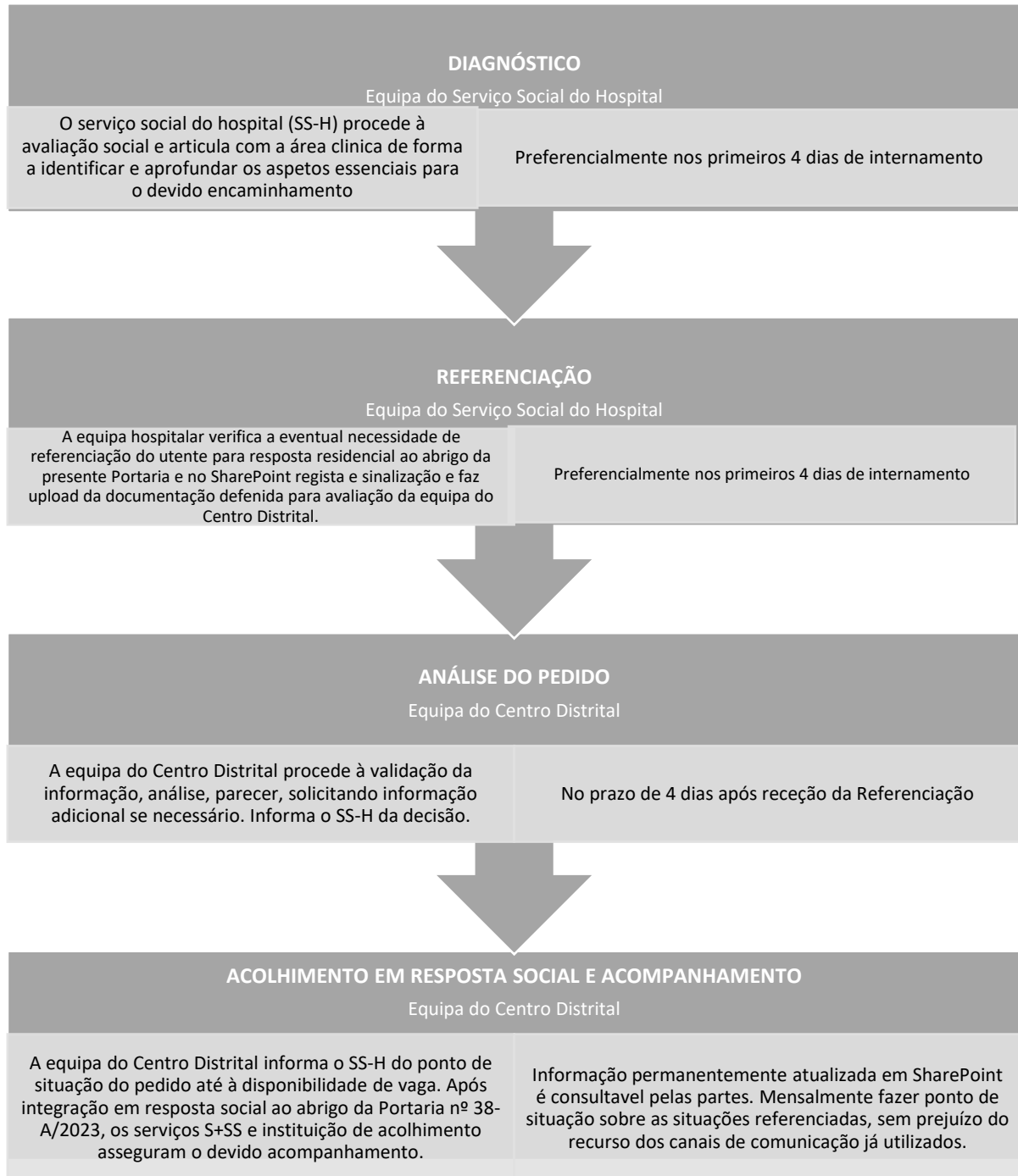
Face ao exposto, no Relatório Social deve constar:

- 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.

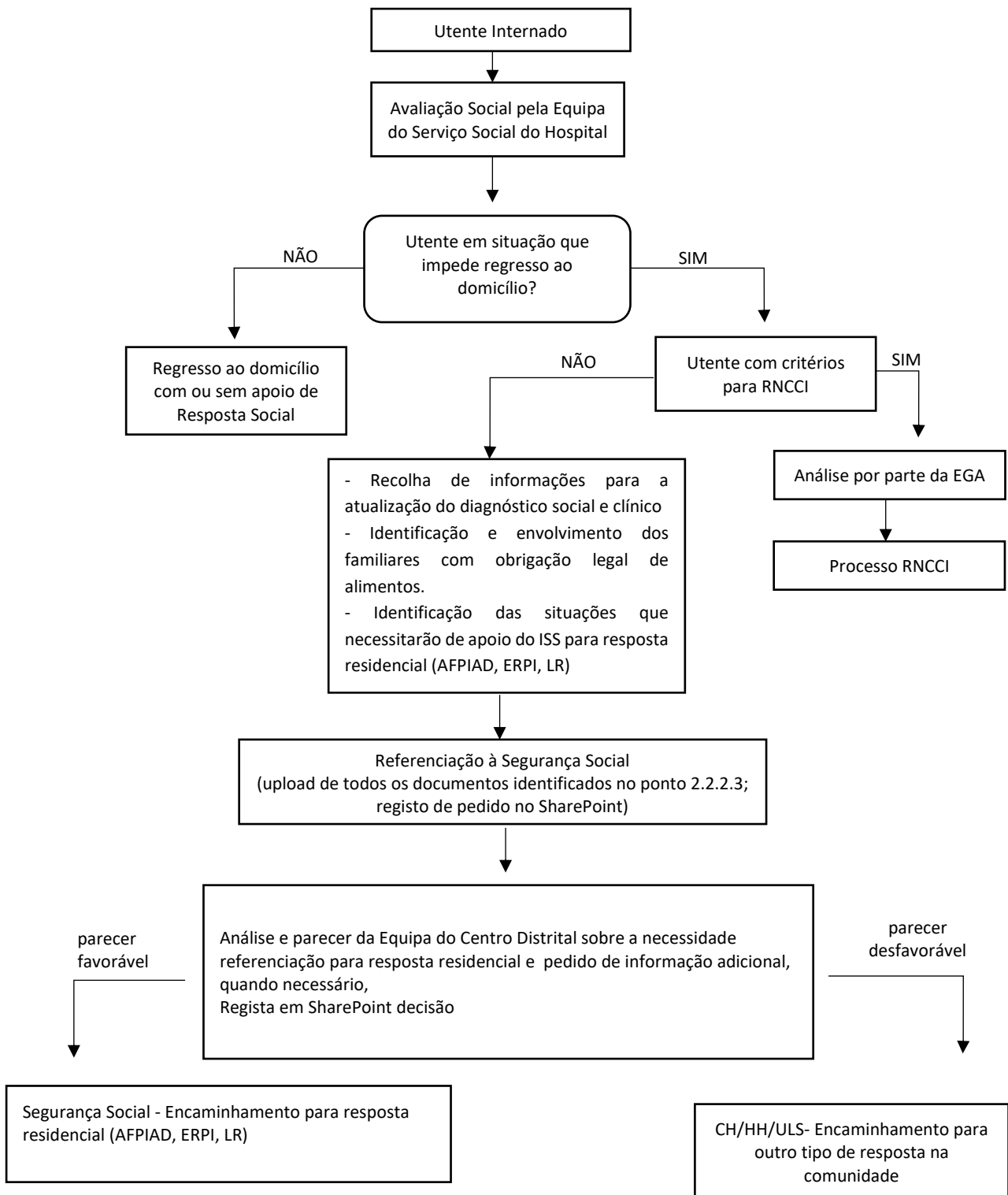
Relativamente às diligências mencionadas anteriormente para os profissionais dos hospitais, também se deverão aplicar aos profissionais da Segurança Social, no caso de processos já conhecidos e iniciados pela Segurança Social, para evitar duplicação de intervenção, bem como aferição de dados no sentido de responder adequadamente à situação do utente.

Anexos

Anexo I – Etapas Específicas, Responsáveis e Prazos



Anexo II - Fluxograma Geral de Procedimentos



Anexo III - 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 darotina 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 IV – Ficha de Avaliação Social

Documento separado de forma individualizada

Anexo V - Consentimento Informado para integração em resposta residencial

Documento separado de forma individualizada

Anexo VI - Consentimento Informado para acesso e partilha de informação

Documento separado de forma individualizada

Anexo VII - Ficha de Caracterização Clínica

Documento separado de forma individualizada

Anexo VIII - Requerimento ao Ministério Público

Documento separado de forma individualizada

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

| Etapa | O que faz | 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 | Membros do pessoal técnico e equipa | |
| | Discutir o problema de uma forma cuidadosa e respeitosa, se possível com apoio de um especialista | Se necessário, especialistas (com a concordância do coordenador) | Para ver o que é possível na situação específica |
| | Clarificar a causa/origem da violência | Vítima (utente) Agressor | Os profissionais devem ter uma relação de confiança com a pessoa idosa – e o especialista dispõe dos meios adequados |
| | Entender as solicitações e necessidades das pessoas envolvidas | Cuidador familiar e outros membros da família tanto quanto possível | Para perceber a origem do problema é preciso intervir de forma adequada |

| O que fazer | Quem deve ser envolvido | Porquê agir desta forma |
|--|--|---|
| <p>Discutir as intervenções possíveis com a equipa de prestação de cuidados envolvida</p> | Equipa Coordenador | |
| <p>5 Reportar e cooperar com serviços locais e organizações de apoio à vítima</p> | Especialistas tais como técnicos de serviço social, psicólogos, psiquiatras | Devido à complexidade da situação, muitas vezes é necessário um conjunto de intervenções |
| <p>Desenvolver um plano de intervenção</p> | <p>Eventualmente, gestão de topo</p> <p>Outras pessoas ou instituições envolvidas (médicos de família, outros serviços e instituições, polícia...)</p> | 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 |
| <p>Sugerir um plano de intervenção à família</p> | | |
| <p>6 - Discutir o plano de intervenção e, se necessário, adaptá-lo</p> | Equipa, Coordenador, Especialistas, Vítima (utente), Agressor | 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) |
| <p>- Chegar a acordo com a pessoa idosa e com o cuidador familiar</p> | Cuidador familiar e outros membros da família tanto quanto possível | |
| <p>- Estabelecer compromisso com o plano de intervenção</p> | | |
| <p>Concretizar o plano de intervenção</p> | | |
| <p>7 - Coordenar as atividades de intervenção</p> | Equipa, Coordenador, Especialistas, Vítima (utente), Agressor | Para verificar a eficácia das medidas e melhorar a situação, é necessária a comunicação contínua com a família e a monitorização dos “ sinais” |
| <p>- Monitorizar a situação</p> | Cuidador familiar e outros membros da família tanto quanto possível | |
| <p>Se necessário, adaptar o plano</p> | Consultar especialistas se necessário | |

Fonte: Adaptado de CESIS, “Breaking the TABOO: Violência contra mulheres idosas em contexto familiar: reconhecer e agir”, Projeto Daphne, 2007-200