

Manual de Articulação

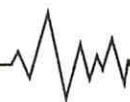
Saúde e Segurança Social (S+SS)
para a Pessoa Idosa



Manual de Articulação

Saúde e Segurança Social (S+SS)
para a Pessoa Idosa





FICHA TÉCNICA

TÍTULO

Manual de Articulação - Saúde e Segurança Social – para a Pessoa Idosa

COORDENAÇÃO E ELABORAÇÃO

Secretaria Regional da Inclusão e Assuntos Sociais, Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM

Secretaria Regional da Saúde, Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE

(uma adaptação do Manual de Articulação - Saúde e Segurança Social – para o Planeamento das Altas Hospitalares, do Instituto da Segurança Social, IP e Administração Central do Sistema de Saúde, IP, agosto de 2015)

DATA DE PUBLICAÇÃO

Julho de 2018

Manual de Articulação

Saúde e Segurança Social (S+SS)
para a Pessoa Idosa



ÍNDICE GERAL

SIGLAS	6
CONCEITOS	7
NOTA INTRODUTÓRIA	10
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO GERAL	12
1.1 FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO	12
1.2 PRINCÍPIOS E PRESSUPOSTOS DE INTERVENÇÃO	13
1.3 DESAFIOS À INTERVENÇÃO	14
1.4 COMPETÊNCIAS S+SS	15
1.5 RESPOSTAS SOCIAIS	17
CAPÍTULO II – PROCEDIMENTOS DE ARTICULAÇÃO S+SS	19
2.1 O MANUAL DE ARTICULAÇÃO S+SS	19
2.2 PROCEDIMENTOS GERAIS E NÍVEIS DE RESPONSABILIDADE	20
2.3 PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	31



ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Etapas Gerais	21
Ilustração 2 – Etapas Específicas, Responsáveis e Prazos	22
Ilustração 3 – Fluxograma Geral de Procedimentos	23

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 - Fatores de Risco.....	38
Anexo 2 - Respostas Sociais – conceitos, objetivos e disposições legais e técnicas.....	39
Anexo 3 - Ficha de Referenciação	43
Anexo 4 - Declaração de autorização para acesso e partilha de informação	48
Anexo 5 - Modelo de Requerimento a apresentar ao Ministério Público por uma Entidade / Instituição.....	49
Anexo 6 – Quadro síntese: Procedimentos de Identificação e Intervenção em situações de Violência.....	50



SIGLAS

AS – Assistente Social

AVD – Atividades de Vida Diária

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosa

ESS – Equipa da Segurança Social

ISSM, IP-RAM – Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM

LNES – Linha Nacional de Emergência Social

MP – Ministério Público

RRCCI – Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados

S - Saúde

SAD – Serviço de Ajuda Domiciliária

SESARAM, EPE – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE

SISS – Sistema de Informação da Segurança Social

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

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)



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 inabilitado, 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 interditado, tutor, curador, parente sucessível e Ministério Público (art.º 141.º do 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.

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

¹¹ Adaptado - Declaração de Toronto (OMS, 2002)



Multidisciplinaridade¹² – complementaridade de atuação entre diferentes especialidades profissionais.

Pessoa Idosa¹³ - pessoas com 65 e mais 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.

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, IP

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, IP

¹⁷ Conceito estabelecido em Orientação Técnica interna ao ISS, IP



NOTA INTRODUTÓRIA

O Sistema de Saúde assume-se como um Sistema complexo integrando diferentes elementos de forma organizada, no sentido de atingirem determinadas finalidades. Assim, num Sistema de Saúde, podemos encontrar em interação os cidadãos, os diferentes grupos profissionais prestadores de cuidados, medicamentos, equipamentos, orçamento, fornecedores, preços e taxas moderadoras; Centros de Saúde, Unidades Hospitalares (públicas e privadas) entre outros.

Cuidar concomitantemente é um verbo de ação plurisectorial e multidisciplinar envolvendo políticas de saúde e apoio social.

A prestação de cuidados de saúde nos vários níveis e a especificidade do planeamento e preparação da alta hospitalar representa um momento crucial para o sucesso da intervenção social junto do cidadão e família (rede de suporte), seja para o regresso ao domicílio ou para integração em resposta social residencial.

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, consequentemente, 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 reinternamentos 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, inviabilizando a saída 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 ao nível da rede de cuidados de saúde primários e cuidados continuados, o que levou a que fosse criado o presente Manual de Articulação - Saúde e Segurança Social (S+SS) - para a Pessoa Idosa.

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 ISSM, IP-RAM e SESARAM, EPE, quando tal se mostre necessário.



CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO GERAL

Em Portugal, a população com mais de 65 anos ultrapassou o dobro nos últimos 40 anos, 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.

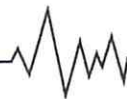
Devem, sobretudo, devolver aos próprios cidadãos a noção de que são os principais agentes de mudança, os atores centrais na gestão da sua própria vida.

Assim, pretendem-se 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 autoestima, 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 enquadadora 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

Portugal, reconhecido enquanto Estado de bem-estar desenvolve um conjunto de medidas de política social que visa a proteção dos seus cidadãos, em particular ao nível das esferas da proteção social e da saúde.

O sistema de saúde português visa garantir a todos os cidadãos, o direito à assistência médica sendo a saúde um direito constitucionalmente avalizado. O sistema de saúde português tem como pilar o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Em 1976, a Constituição da República Portuguesa (CRP) consagra no artigo 64 (Proteção da Saúde) que: "Todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde, e o dever de a proteger e salvaguardar".

No sistema de saúde, concretamente o serviço social constitui-se enquanto unidade orgânica do Serviço Regional de Saúde, operando a nível dos Cuidados de Saúde Primários, Hospitalares e Unidades de Internamento de Longa Duração, numa perspetiva preventiva, reabilitadora e promocional.

De uma forma geral, o SESARARAM, EPE tem por objeto principal a prestação de cuidados de saúde diferenciados à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Regional 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 atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde.

A prestação de cuidados de saúde agudos, o processo do planeamento e a preparação da alta hospitalar representa um momento crucial no internamento dos cidadãos, que muitas vezes regressam ao domicílio com necessidades complexas ao nível da continuidade de cuidados. Nesta fase, a articulação entre cuidados de saúde hospitalares e cuidados de saúde primários é essencial e estruturante por forma a assegurar a continuidade de cuidados de saúde e de apoio social, contribuindo para a reabilitação, (re)inserção e participação social do utente na comunidade.

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, por referência a alguns instrumentos de cariz técnico-normativos como sejam a Carta dos direitos do Doente Internado, a Circular Normativa n.º 8/2002 do Departamento de Modernização e Recursos de Saúde, Circular Normativa n.º 7/DSPCS, de 28/04/2004 e a



Circular Informativa n.º 29/DSPCS de 7/07/2006 relativa ao Manual de Boas Práticas para Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados:

- Elaborar o diagnóstico social;
- Proceder ao acompanhamento psicossocial dos utentes e das famílias;
- Participar 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 com os restantes profissionais do serviço ou estabelecimento para melhor garantir a qualidade, humanização e eficiência na prestação de cuidados, entre outras.

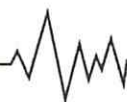
Estes profissionais têm um conhecimento mais holístico da pessoa, pelo estudo sociofamiliar e funcional que devem realizar à data do internamento, constituindo-se como um elemento privilegiado entre a instituição hospitalar, as famílias e os serviços comunitários, da área social e da saúde.

No âmbito da Segurança Social, o Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM, criado pelo Decreto-lei n.º 45- A/2000, de 22 de março, com atribuições em matéria da ação social, dispõe nos 11 concelhos 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 ISSM, IP-RAM 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 ISSM, IP-RAM 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 Articulação S+SS para a Pessoa Idosa, 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 (Anexo 2):

a) Idosos:

- Serviço de Ajuda Domiciliária (SAD);
- Centro de Dia / Centro Convívio;
- Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas;

Manual de Articulação

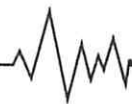
Saúde e Segurança Social (S+SS)
para a Pessoa Idosa



- Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (Lar para Idosos e Residências para Idosos);

b) Deficiência:

- Lar Residencial;
- Residência Autônoma;
- Centro de Atividades Ocupacionais;
- Centro de Atendimento e Reabilitação Social para Pessoas com Deficiência;
- Acolhimento Familiar para Pessoas com Deficiência.



CAPÍTULO II – PROCEDIMENTOS DE ARTICULAÇÃO S+SS

A autonomia do cidadão em situação de dependência poderá ser comprometida com o internamento hospitalar, e o retorno à comunidade implica a necessidade de reavaliar as necessidades e potencialidades consubstanciada numa ação concertada entre a unidade hospitalar, a rede de cuidados de saúde primários e os serviços da segurança social, entre outras estruturas comunitárias.

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 e em todos os níveis dos cuidados saúde;
- ♦ 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 da saúde, e na sua ausência, outros profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados ao utente e as equipas de ação social da Segurança Social.



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 esse efeito, em todo o território regional, designadamente a caixa de correio eletrónico: ssocial@sesaram.pt, e em situações de crise, o modelo que for mais eficaz.

Para além desta referenciação formal deverão ser designados em cada uma das Unidades Hospitalares e no ISSM, IP-RAM, 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.

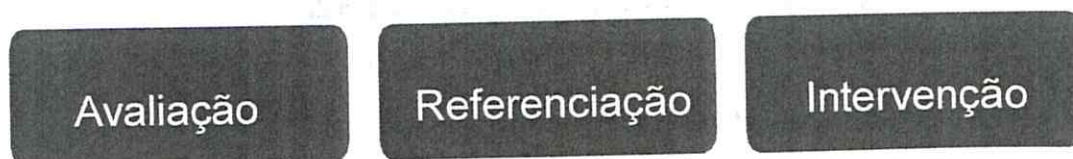
No planeamento da alta, poderá ser necessária a participação da Segurança Social na definição de um projeto de vida do cidadão, tendo em consideração os critérios explicitados no ponto 2.2.2.

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 de acompanhamento, *follow-up*.

ILUSTRAÇÃO 1 – ETAPAS GERAIS



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

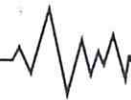
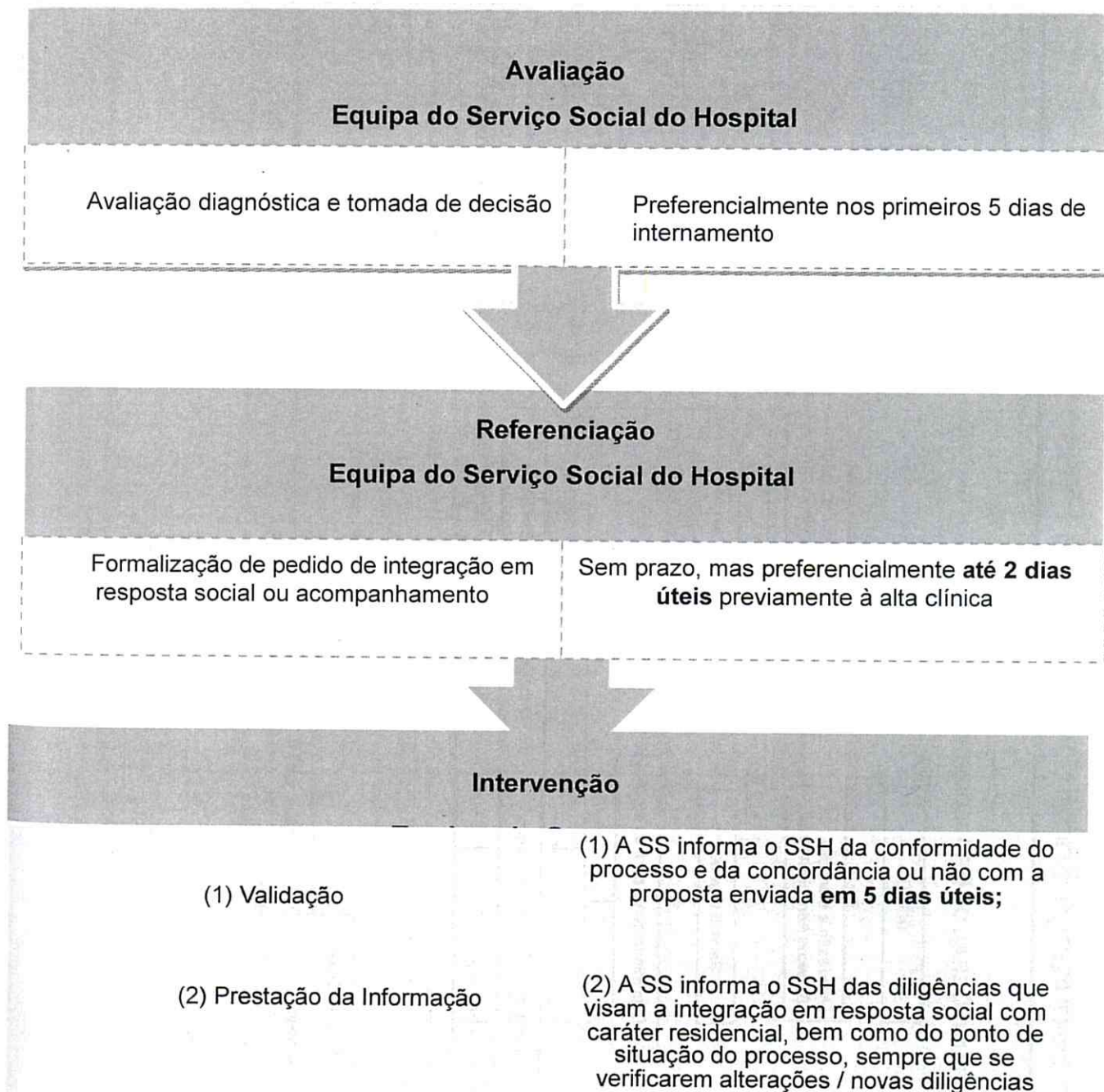


ILUSTRAÇÃO 2 – ETAPAS ESPECÍFICAS, RESPONSÁVEIS E PRAZOS

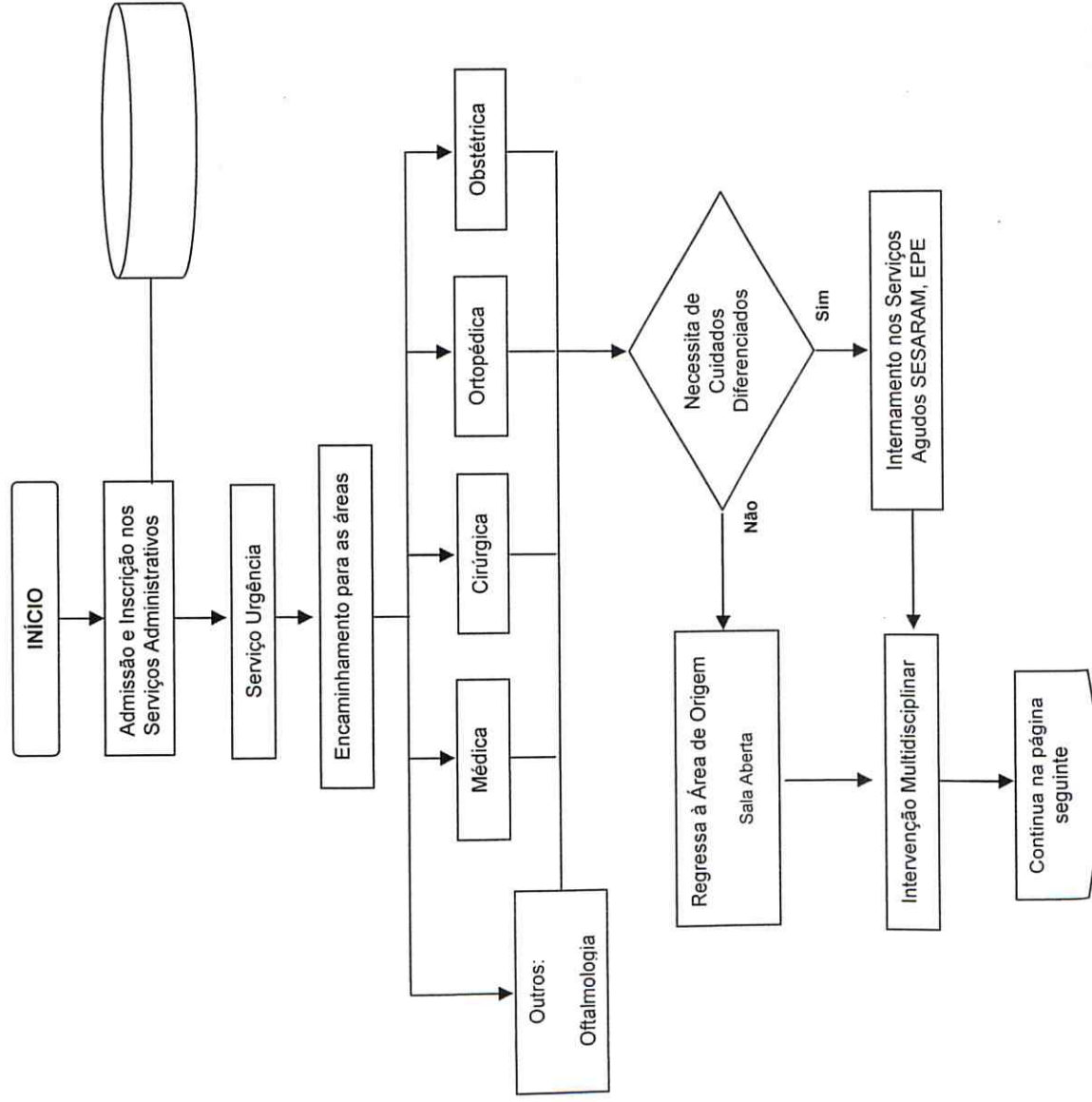


Manual de Articulação

Saúde e Segurança Social (S+SS) para a Pessoa Idosa

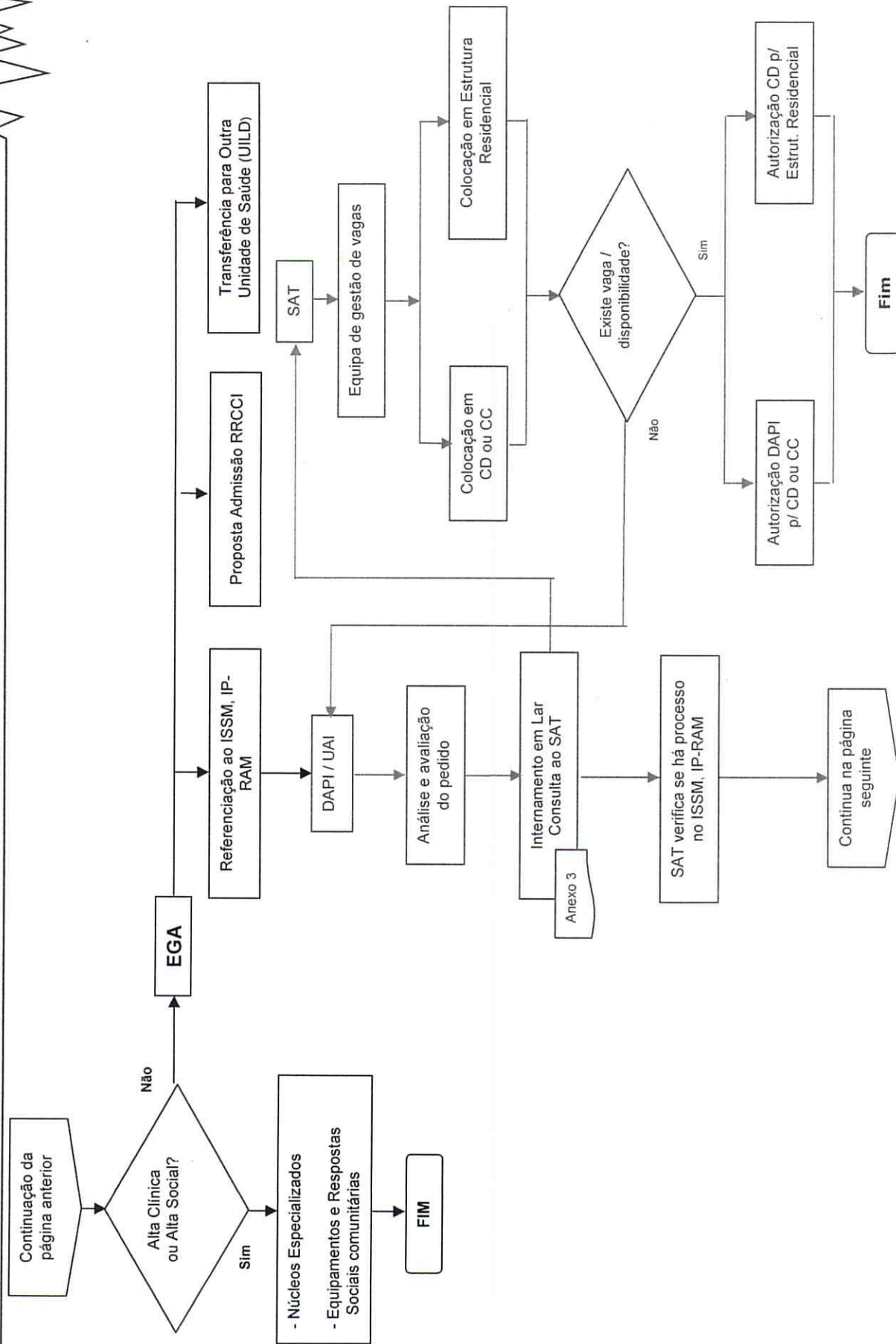


ILUSTRAÇÃO 3 – FLUXOGRAMA GERAL DE PROCEDIMENTOS



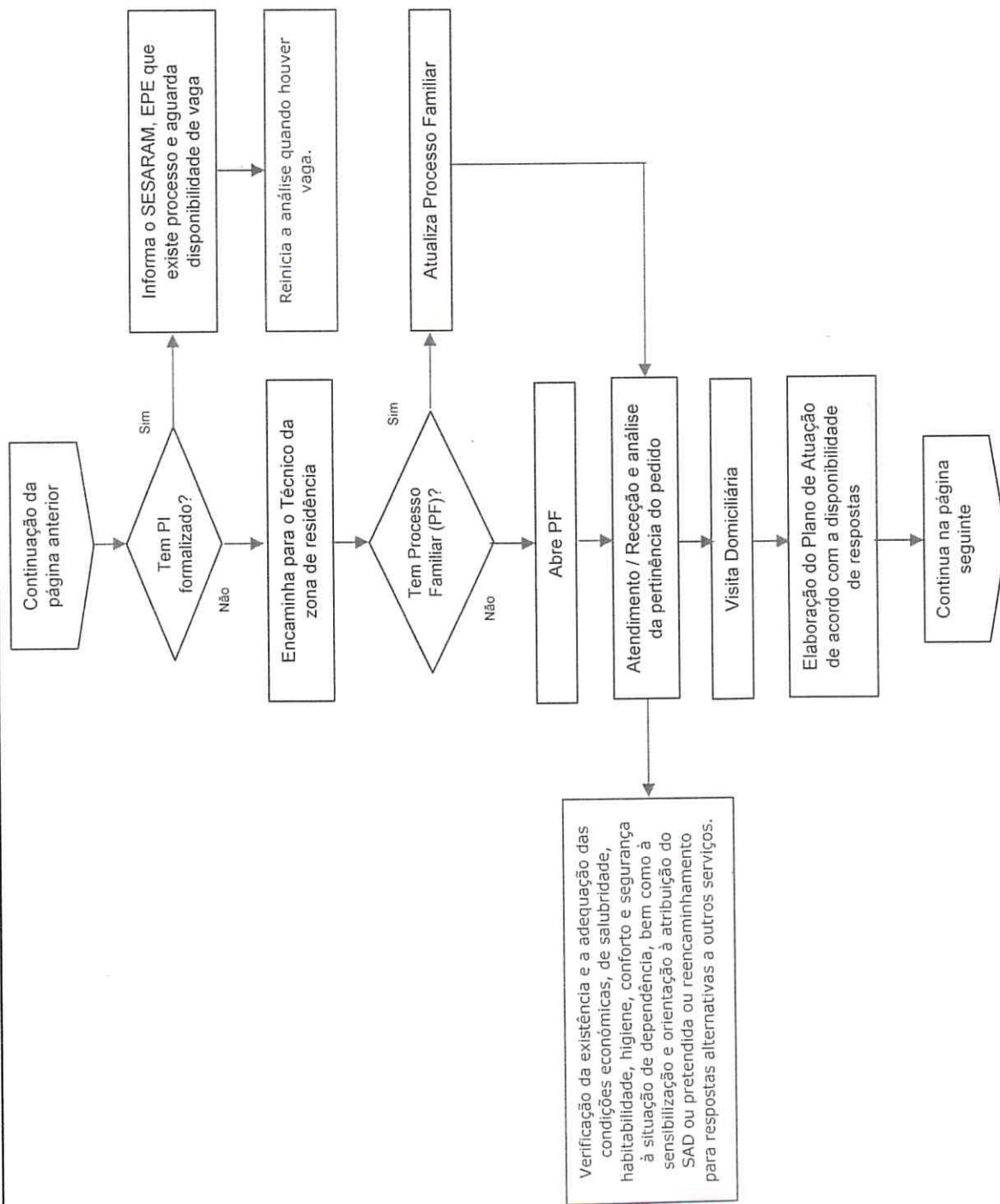
Manual de Articulação

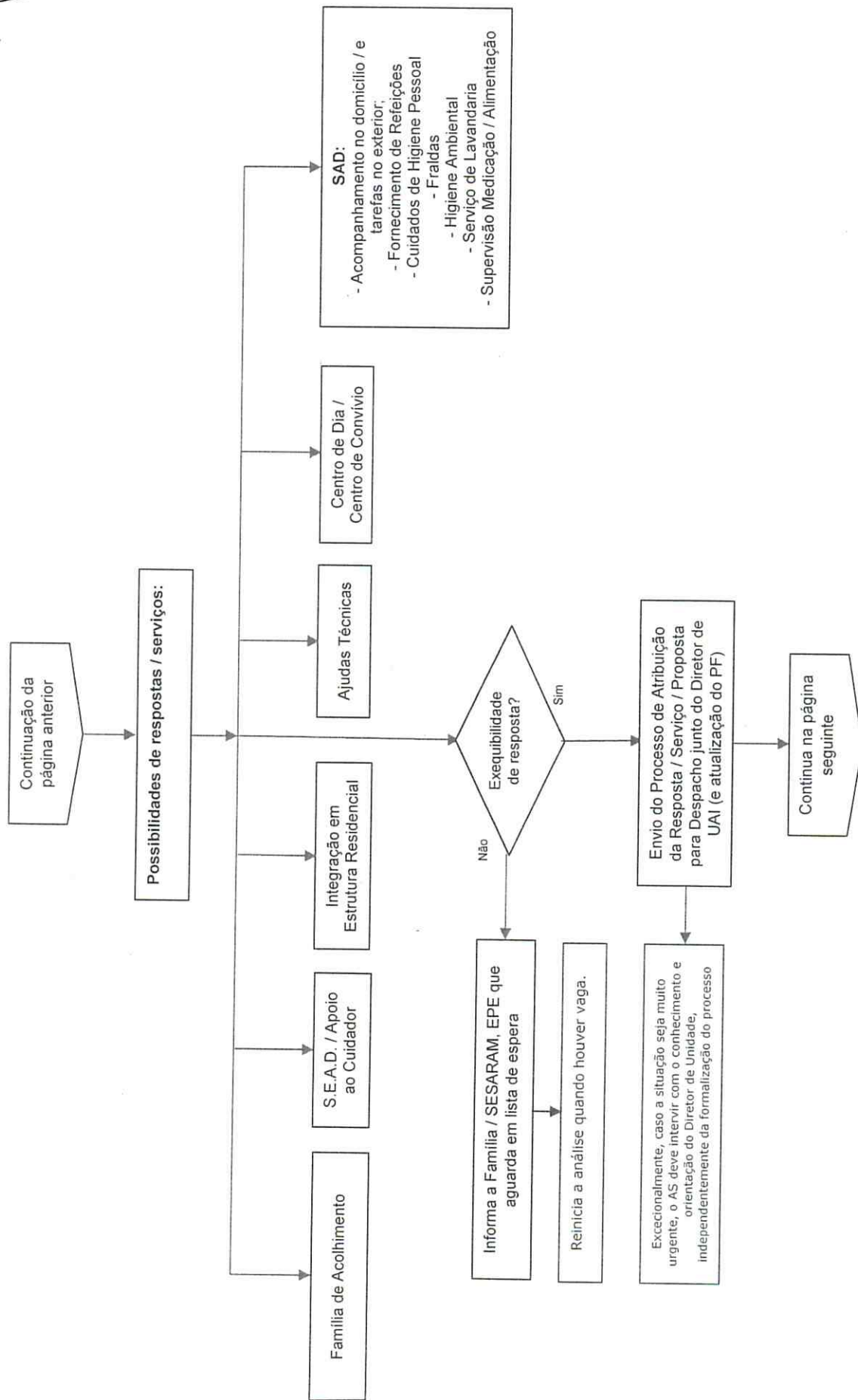
Saúde e Segurança Social (S+SS) para a Pessoa Idosa



Manual de Articulação

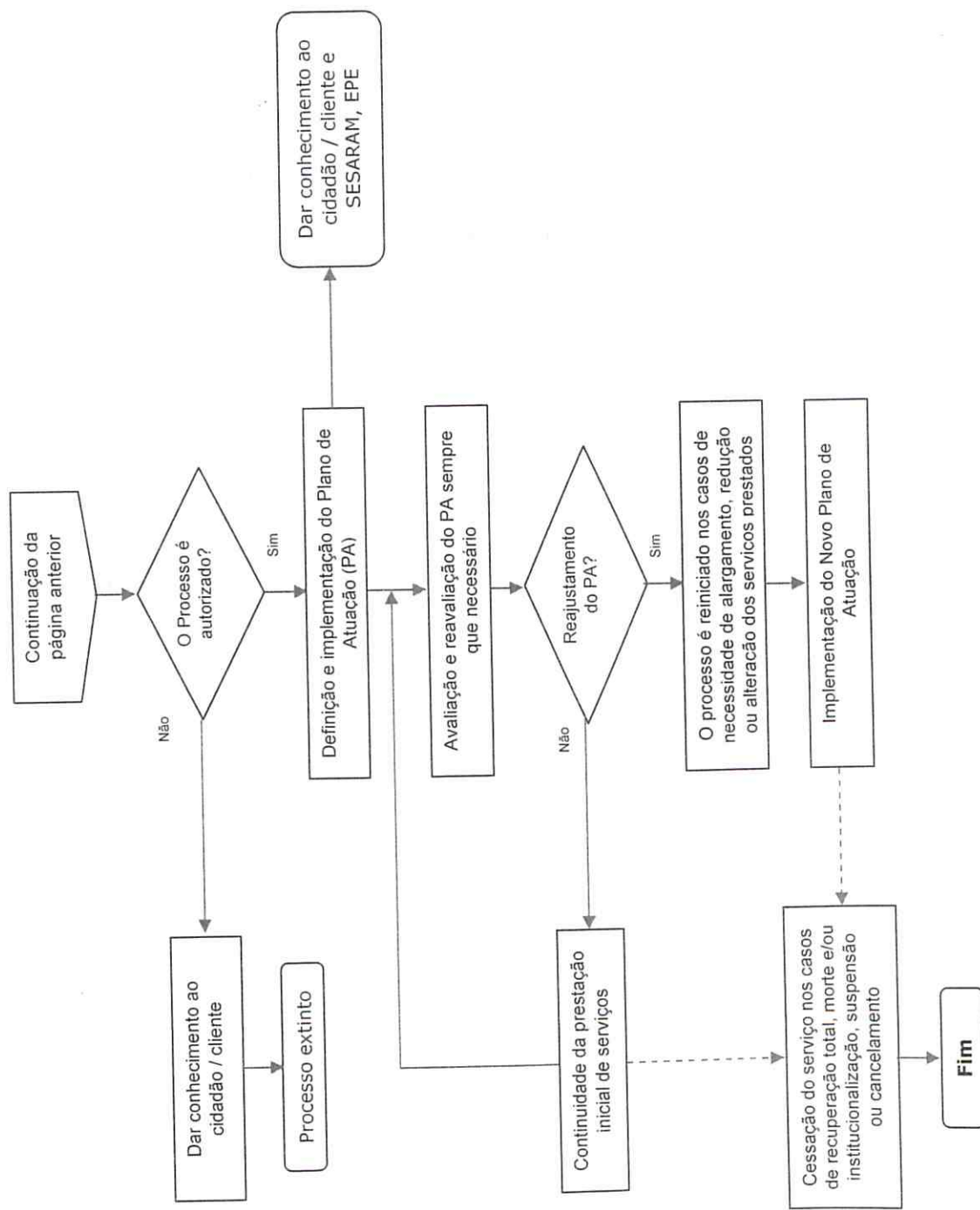
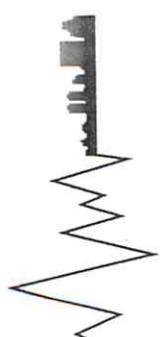
Saúde e Segurança Social (S+SS) para a Pessoa Idosa





Manual de Articulação

Saúde e Segurança Social (S+SS) para a Pessoa Idosa



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 Referenciação (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 nos 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 é a contida na Ficha de Referenciação

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 Referenciação) por forma a garantir um correto planeamento da alta e da continuidade de cuidados no pós alta.

A sistematização 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.

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

Manual de Articulação

Saúde e Segurança Social (S+SS) para a Pessoa Idosa

Nesse sentido, a avaliação social e clínica deverá ser estruturada num único documento (Ficha de Referenciação), atendendo às dinâmicas e funcionamento do próprio hospital e à articulação instituída com o ISSM, IP-RAM. Nesta opção, a Ficha terá de ser assinada pelos profissionais de saúde e de serviço social.

Ressalte-se que a Ficha de Referenciação, 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 RRCCI;
- 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.

Manual de Articulação

Saúde e Segurança Social (S+SS) para a Pessoa Idosa

2.2.2.3 Elementos para referenciação

Para efeitos de referenciação, são necessários os seguintes documentos:

- Ficha de Referenciação;
- Declaração de autorização para acesso e partilha de informação (quando aplicável);
- Cópia do documento de identificação (Bilhete de Identidade / Cartão de 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 referenciação e envio do processo aos serviços de Segurança Social são efetuados através da caixa de correio eletrónico criada 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 significativas.

Manual de Articulação

Saúde e Segurança Social (S+SS) para a Pessoa Idosa

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 cidadão / cliente, identificada na Ficha de Referenciação, respeitando os tempos de internamento hospitalar, de modo a evitar a estadia inadequada e a ocupação indevida de camas hospitalares.

2.2.3.1 Encaminhamento para resposta social

Se o projeto de intervenção passar pela integração em resposta social diferente de ERPI, designadamente SAD, Centro de Dia / Centro de Convívio, ou outra resposta social, compete ao serviço social do Hospital diligenciar nos mesmos moldes com a equipa da Segurança Social.

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 ISSM, IP-RAM já instituídos para a gestão de vagas, nomeadamente, a verificação da existência de vagas.

No período em que ainda não foi encontrada vaga / lugar, a equipa da Segurança Social presta, em tempo útil, informação ao serviço social do Hospital das diligências já efetuadas para integração em resposta social residencial.

No período em que o cidadão / cliente 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.

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 da saúde, contudo, a articulação para a concretização da mesma, é efetuada entre a equipa do Serviço Social da saúde e a equipa do respetivo Lar.

Manual de Articulação

Saúde e Segurança Social (S+SS) para a Pessoa Idosa

Após o 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 à impossibilidade do acolhimento.

2.2.3.2. 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 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 5), 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.

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;

Manual de Articulação

Saúde e Segurança Social (S+SS) para a Pessoa Idosa

- 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 – 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 378º do Código Penal).

Manual de Articulação

Saúde e Segurança Social (S+SS) para a Pessoa Idosa

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 6). 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 ISSM, IP-RAM, 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 / conduta 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:

- ✓ Descrição da situação conhecida atendendo aos elementos essenciais do potencial crime / conduta;
- ✓ Existência e natureza da relação com o potencial agressor;
- ✓ Fonte e descrição dos factos verificados / relatados;
- ✓ Indicação de meios de prova (quando houver lugar);
- ✓ Sigilo face à identidade pessoal;
- ✓ 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.

Manual de Articulação

Saúde e Segurança Social (S+SS) para a Pessoa Idosa

ANEXOS

Manual de Articulação

Saúde e Segurança Social (S+SS) para a Pessoa Idosa

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
Económicos	Falta / insuficiência de respostas sociais
	Baixos rendimentos
Saúde	Ausência / insuficiência de outros recursos económicos para além dos rendimentos mensais
	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
	Úlceras de Pressão
	Risco queda
	Sedentarismo
	Hábitos aditivos
	Tentativa de suicídio
Ambientais e Habitacionais	Patologia psiquiátrica
	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

Manual de Articulação

Saúde e Segurança Social (S+SS) para a Pessoa Idosa

ANEXO 2 - RESPOSTAS, CONCEITOS, OBJETIVOS E DISPOSIÇÕES LEGAIS E TÉCNICAS

Respostas Sociais	Conceito	Objetivos	Disposições Legais e Técnicas
Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)	Prestação de cuidados individualizados e personalizados, famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro, impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente a satisfação necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária.	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias; - Garantir a prestação de cuidados de ordem física e apoio psicossocial a indivíduos famílias, de modo a contribuir para o seu no domicílio, a indivíduos e equilíbrio e bem-estar; - Apoiar os indivíduos e famílias na satisfação das necessidades básicas e atividades da vida diária; - Criar condições que permitam preservar e incentivar as relações intrafamiliares; - Colaborar e/ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde; - Contribuir para retardar ou evitar a institucionalização; - Prevenir situações de dependência, promovendo a autonomia. 	<p>Portaria n.º 38/2013, 30 de janeiro;</p> <p>Decreto-Lei nº 141/89, de 28 de abril;</p> <p>Guião Técnico n.º 7, Serviços de Apoio Domiciliário, editado pela ex-DGAS, aprovado por despacho do SEIS de 29/11/1996.</p>
Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas e Adulta 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 de respostas sociais, não possam permanecer no seu domicílio.	<ul style="list-style-type: none"> - 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; - Garantir à pessoa acolhida um ambiente sociofamiliar e afetivo propício à satisfação das suas necessidades e ao respeito pela sua identidade, personalidade e privacidade; - Evitar ou retardar o recurso à institucionalização; - Facilitar a interação com a comunidade; - Promover estratégias de reforço de autoestima e de autonomia pessoal e social. 	<p>Decreto- Lei nº 391/91, de 10 de outubro;</p> <p>Despacho nº 20043/2009, de 03 de setembro.</p> <p>Despacho nº 433/2011 de 07 janeiro</p>

Manual de Articulação

Saúde e Segurança Social (S+SS) para a Pessoa Idosa

Respostas Sociais	Conceito	Objetivos	Disposições Legais e Técnicas
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.	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar serviços adequados à satisfação das necessidades dos utentes; - 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.</p> <p>Guião Técnico n.º8 Centro de Dia, editado pela ex-DGAS.</p> <p>Aprovado por despacho do SEIS de 29/11/1996</p>
Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (Lares e Residências 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.	<ul style="list-style-type: none"> - 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 nº 67/2012 de 21 de março

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

Manual de Articulação

Saúde e Segurança Social (S+SS) para a Pessoa Idosa

Respostas Sociais	Conceito	Objetivos	Disposições Legais e Técnicas
Centro de Atendimento, Acompanhamento e Reabilitação Social para pessoas com deficiência e incapacidade (CADP)	Atendimento de jovens e Adultos Portadores de Deficiência Profunda e/ou multideficiência, com idade igual ou superior a 18 anos, visando os programas aí desenvolvidos a valorização pessoal e social dos utentes, sendo implementados no estabelecimento, domicílio e /ou comunidade, de acordo com as necessidades individuais.	<ul style="list-style-type: none"> - Promover programas de reabilitação inclusivos com vista ao desenvolvimento de competências sociais e pessoais; - Assegurar o acompanhamento do percurso de reabilitação social com vista á autonomia e capacidade de representação; - Capacitar e apoiar as famílias bem como os cuidadores informais. 	Portaria nº 17/2017 de 23 janeiro, I Série JORAM
Centro de Atividades Ocupacionais (CAO)	Visa a valorização pessoal e a integração social de pessoas com deficiência grave, permitindo o desenvolvimento das suas capacidades.	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular e facilitar o desenvolvimento das capacidades; - Promover estratégias de reforço de autoestima e de autonomia pessoal e social; - Privilegiar a interação com a família e com a comunidade, no sentido da integração social das pessoas com deficiência; - Promover o encaminhamento, sempre que possível, para programas adequados de integração socioprofissional. 	<p>Decreto- Lei nº18/89, de 11 de janeiro</p> <p>Despacho nº52/SESS/90, de 16 de julho.</p> <p>Portaria nº432/2006, de 3 de maio.</p> <p>Em processo de revisão legislativa.</p>
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.	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar ao residente igualdade de oportunidades facilitando a sua participação social e o desenvolvimento de percursos profissionais. 	Portaria nº59/2015, de 2 de março.

Manual de Articulação

Saúde e Segurança Social (S+SS) para a Pessoa Idosa

Respostas Sociais	Conceito	Objetivos	Disposições Legais e Técnicas
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.	<ul style="list-style-type: none">- Contribuir para o bem-estar e melhoria da qualidade de vida dos residentes;- Promover estratégias de reforço da autoestima pessoas e da capacidade para a organização das atividades de vida diária;- Promover ou manter a funcionalidade e a autonomia do residente;- Facilitar a integração em outras estruturas, serviços ou estabelecimentos mais adequados ao projeto de vida dos residentes;Promover a interação com a família com a família e com a comunidade.	


Fonte: Guia Prático disponível em:

http://www4.seg-social.pt/documents/10152/27231/apoios_sociais_adultos_deficiencia


Manual de Articulação

Saúde e Segurança Social (S+SS) para a Pessoa Idosa

ANEXO 3 - FICHA DE REFERENCIAÇÃO



SESARAM
EPE
Serviço de Saúde da RAMEPE



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

Ficha de Referenciação ____/____/____

A preencher pelo assistente social até ao n.º 3

De: _____

<input type="checkbox"/> Hospital Dr. Nélio Mendonça	<input type="checkbox"/> UTT/Psiquiatria
<input type="checkbox"/> Hospital dos Marmeleiros	<input type="checkbox"/> UILD _____
<input type="checkbox"/> Unidade de Cuidados Paliativos	<input type="checkbox"/> Centro de Saúde _____

Para: _____

☐ Departamento de Apoio à Pessoa Idosa

Tipo de Pedido:

SAD:

<input type="checkbox"/> Acompanhamento no domicílio/e tarefas no exterior	<input type="checkbox"/> Outras:
<input type="checkbox"/> Higiene pessoal	<input type="checkbox"/> Ajudas técnicas ¹
<input type="checkbox"/> Higiene do ambiente	<input type="checkbox"/> Integração em Estrutura Residencial
<input type="checkbox"/> Fornecimento de refeições	<input type="checkbox"/> Centro de Dia
<input type="checkbox"/> Fraldas	<input type="checkbox"/> Centro de Convívio
<input type="checkbox"/> Lavandaria	<input type="checkbox"/> Família de acolhimento
<input type="checkbox"/> Supervisão medicação/alimentação	<input type="checkbox"/> Subsídio económico ajuda domiciliária

☐ Departamento de Ação Social

Tipo de Pedido:

☐ Apoio Serviços Ação Social²: _____

1. Identificação do utente e rede de suporte

Nome _____

Data Nascimento ____/____/____ Estado civil _____ Filiação: _____

_____ e _____

Morada: _____

Freguesia _____ Concelho _____ Contacto: _____

Situação Profissional: _____ Beneficiário: _____

Proveniência: Domicílio ☐ Serviço de internamento ☐ _____

Elemento de referência:

Nome _____ (Parentesco) _____

Morada _____ Contacto _____

¹ Especificar nas Observações.

² Especificar nas Observações.

Página 1 de 5

Manual de Articulação

Saúde e Segurança Social (S+SS) para a Pessoa Idosa



2. ÍNDICE DE LAWTON-BRODY (ASSINALE COM X)

Item	Sem ou grave perda de autonomia (0)	Necessita alguma ajuda (1)	Autónomo ou com ligeira perda de autonomia (2)
Capacidade para utilizar o telefone			
Capacidade para fazer compras			
Capacidade para preparar comida			
Capacidade para cuidar da casa			
Capacidade para lavar a roupa			
Capacidade para usar meios de transporte			
Responsabilidade na medicação			
Capacidade para tratar assuntos económicos			

3. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO SÓCIO-FAMILIAR DE GUON (ASSINALE COM X)

1. SITUAÇÃO FAMILIAR

- 1 Vive com cônjuge/ companheiro e/ ou família sem conflito.
- 2 Vive com cônjuge/ companheiro de idade semelhante.
- 3 Vive com cônjuge/ companheiro e/ ou família e/ ou outros, mas não podem ou não querem cuidá-lo.
- 4 Vive sozinho, com filhos e/ ou familiares próximos que não dão resposta a todas as necessidades.
- 5 Vive sozinho, família distante, sem cuidador, sem família.

2. RELAÇÕES E CONTACTOS SOCIAIS

- 1 Mantém relações fora do domicílio.
- 2 Relaciona-se com a família/ vizinhos/ outros, sai de casa.
- 3 Apenas se relaciona com a família, sai de casa.
- 4 Não sai de casa, recebe família ou visitas (> 1 semana).
- 5 Não sai de casa nem recebe visitas (= 1 semana).

3. APOIO DA REDE SOCIAL

- 1 Não necessita de nenhum apoio.
- 2 Recebe apoio da família e/ ou vizinhos.
- 3 Recebe apoio social formal suficiente (Centro de Dia, Ajudante Familiar, vive num Lar, etc...).
- 4 Tem apoio social mas é insuficiente.
- 5 Não tem apoio social e necessita.

PONTUAÇÃO

- 10 Deterioro social severo (alto risco de institucionalização)
- 6-9 Situação intermédia
- 5 Situação social boa (baixo risco de institucionalização)

Manual de Articulação

Saúde e Segurança Social (S+SS) para a Pessoa Idosa



A preencher pelo enfermeiro(a) até ao n.º 9

4. 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"/>

5. Capacidade cognitiva

Com compromisso	<input type="checkbox"/>
Sem compromisso	<input type="checkbox"/>

6. Comunicação

Verbal	Sim	<input type="checkbox"/>
	Não	<input type="checkbox"/>
Não compreende uma conversa		<input type="checkbox"/>
Só compreende ordens simples		<input type="checkbox"/>
Compreende uma conversa		<input type="checkbox"/>

7. 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"/>

Manual de Articulação

Saúde e Segurança Social (S+SS) para a Pessoa Idosa



8. Necessidades de cuidados de enfermagem

Permanentes (Breve Descrição)

Não Permanentes (Breve Descrição)

Não Aplicável

☐

9. Outros elementos

Risco de queda	Baixo	<input type="checkbox"/>
	Alto	<input type="checkbox"/>
Risco de úlceras pressão	Baixo	<input type="checkbox"/>
	Alto	<input type="checkbox"/>
	Não	<input type="checkbox"/>
Existe(m) úlcera(s) de pressão de grau 2 ou superior	Sim	<input type="checkbox"/>
	Não	<input type="checkbox"/>
Tem doença mental e/ou deficiência com terapêutica que permite um comportamento adequado aos objetivos propostos	Sim	<input type="checkbox"/>
	Não	<input type="checkbox"/>

A preencher pelo médico(a) até ao n.º 14

10. Situação Clínica

Breve Descrição

Data de Internamento ____/____/____ Previsão de alta clínica ____/____/____ Data de alta clínica ____/____/____

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

Sim

☐

Não

☐

11. Doenças Infeciosas

Não

☐

Sim

☐

Quais

12. Medicação

Oral

☐

Inalada

☐

Sub-cutânea

☐

Outra

☐

Manual de Articulação

Saúde e Segurança Social (S+SS) para a Pessoa Idosa



13. Necessidades de cuidados médicos

Permanentes (Breve Descrição)

Não Permanentes (Breve Descrição)

Não Aplicável

☐

14. Outra Informação Relevante

Proposta com caráter Prioritário³

Sim

☐

Não

☐

Centro de Saúde:

Médico(a) de Família:

Enfermeiro(a) de Família:

Observações:

Médico(a)

(Nome e Nº Mec.)

Observações:

Enfermeiro(a)

(Nome e Nº Mec.)

Observações:

Assistente Social

(Nome e Nº Mec.)

Data ____/____/____

³ Especificar nas **Observações** o motivo.

Manual de Articulação

Saúde e Segurança Social (S+SS) para a Pessoa Idosa

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 ISSM, IP-RAM, 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

Manual de Articulação

Saúde e Segurança Social (S+SS) para a Pessoa Idosa

ANEXO 5 - 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 (caracterização 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

Manual de Articulação

Saúde e Segurança Social (S+SS) para a Pessoa Idosa

ANEXO 6 – 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 outros técnicos / Instituição)	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 / conhecimento do problema protege utente e profissional de pretenso agressor. No interesse da pessoa idosa, pode ser importante obter uma segunda (e terceira) opinião
4	Confirmar as suspeitas com a vítima e pretenso 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), pretenso agressor (como elemento a observar e a questionar se for cuidador direto) 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. Abordar o agressor pode trazer riscos acrescidos, há que seguir procedimentos protetores (sem confrontos)

Manual de Articulação

Saúde e Segurança Social (S+SS) para a Pessoa Idosa

Etapa	O que fazer	Quem deve ser envolvido	Porquê agir desta forma
5	<p>Discutir as intervenções possíveis com a equipa de prestação de cuidados envolvida</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reportar a e cooperar com serviços locais e organizações de apoio à vítima - Desenvolver um plano de intervenção 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa - Coordenador - Especialistas tais como técnicos de serviço social, psicólogos, psiquiatras - Eventualmente, gestão de topo - Outras pessoas ou instituições envolvidas (médicos de família, polícia, outros serviços e instituições, nomeadamente, representante na Rede Regional de Apoio à Vítima.) 	<p>Devido à complexidade da situação, muitas vezes é necessário um conjunto de intervenções.</p> <p>E é necessário conseguir que todas as pessoas / instituições se comprometam, de modo a obter toda a informação disponível e a evitar contradições ou sobreposições.</p>
6	<p>Sugerir um plano de intervenção à família</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa - Coordenador - Especialistas - Vítima (utente) - Pretenso agressor (se não houver sinais de risco de retaliação) - Cuidador familiar e outros membros da família tanto quanto possível 	<p>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>
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 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa - Coordenador - Vítima (utente) - Agressor - Cuidador familiar e outros membros da família tanto quanto possível, consultar 	

7



Região Autónoma
da Madeira
Governo Regional

Secretaria Regional
da Inclusão e Assuntos Sociais



SEGURANÇA SOCIAL



Região Autónoma
da Madeira
Governo Regional

Secretaria Regional
da Saúde



SESARAM E.P.E.
Serviço de Saúde da RAM E.P.E.

