



## REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

### Assembleia Legislativa

#### Decreto Legislativo Regional n.º 21/2023/M

*Sumário:* Aprova o regime jurídico do modelo de cuidados de longa duração da Região Autónoma da Madeira.

#### **Aprova o regime jurídico do modelo de cuidados de longa duração da Região Autónoma da Madeira**

A transição demográfica que os países desenvolvidos estão a passar, que também afeta a Região Autónoma da Madeira, conduziu a um envelhecimento acelerado da população, devido a uma alta esperança de vida e a taxas de natalidade muito baixas, do qual resultou um rápido crescimento da proporção de adultos mais velhos.

Esta alteração da estrutura etária da população representa um grande desafio ao nível da garantia da segurança, saúde e qualidade de vida das pessoas mais velhas.

O processo de envelhecimento é acompanhado por uma diminuição progressiva das capacidades, física e cognitiva, e a uma crescente necessidade de ajuda nas atividades da vida diária e atividades instrumentais da vida diária.

Acresce, ainda, o aumento gradual da doença crónica, resultante muitas vezes da existência de múltiplas patologias, que, por sua vez, têm um impacto significativo no modelo de necessidades em saúde e de apoio social, para o qual foram projetados os sistemas de saúde e as respostas desenvolvidas no âmbito da proteção social de cidadania.

Neste novo cenário demográfico, as diferentes respostas de cuidados, de apoio social e de saúde, demandam uma profunda transformação, baseada numa progressiva integração funcional e num novo plano para contemplar um conjunto de outras intervenções que estão fora do perímetro dos sistemas de cuidados de saúde e de apoio social tradicionais, incluindo aqueles que se prestam em contexto de resposta social, para pessoas idosas, respostas sociais essas que se veem confrontadas com necessidades clínicas e terapêuticas e de promoção de saúde decorrentes do processo de envelhecimento e da existência de doença crónica, por parte dos seus residentes.

O desequilíbrio entre as necessidades de cuidados da pessoa dependente e a capacidade para as prestar no domicílio, sem qualquer estrutura formal de apoio, faz aumentar as solicitações de outros serviços que complementem ou substituam o processo de cuidados, até aí assegurados pelos cuidadores normalmente disponíveis.

As estruturas residenciais para pessoas idosas são hoje espaço de acolhimento de pessoas com muitos anos de vida, com duas ou mais doenças crónicas, que apresentam deterioração cognitiva e mesmo perda funcional grave, necessitadas de cuidados de saúde e, em determinada altura, de serviços de cuidados especializados, incluindo ações paliativas, de acordo com as suas necessidades ao longo do processo de envelhecimento.

A cobertura de cuidados de longa duração nas estruturas residenciais para pessoas idosas merece um reforço, considerando a crescente necessidade dos mesmos, ao longo do processo de envelhecimento.

Neste sentido, o Programa do XIII Governo Regional tem inscrito, entre as grandes opções estratégicas, a articulação entre a inclusão social e a saúde, a qual releva a importância da integração de cuidados, desenvolvendo um modelo próprio que, funcionando em rede, assegure o suporte à pessoa idosa no seu processo de envelhecimento, sobretudo em resposta às necessidades que resultam diretamente de condições geriátricas.

Por outro lado, esta intervenção integrada impõe repensar o financiamento e o equilíbrio proporcional com a despesa em cuidados de saúde, exigindo um plano regional de longa duração que permita aumentar a eficácia das respostas, quer no domicílio, quer nas estruturas residenciais para pessoas idosas e também nas unidades de cuidados continuados integrados de longa duração e



manutenção, compatibilizando-as com as especificidades que decorrem dos quadros de dependência, doença crónica de evolução prolongada, demência e necessidades paliativas, particularmente aquelas relacionadas com o acompanhamento da fase terminal da vida, assegurando às pessoas idosas, de forma constante e continuada, os cuidados médicos, de enfermagem e de reabilitação e de manutenção funcional, de que precisam.

Nestes termos, urge repensar o modelo de abordagem ao envelhecimento, que deve ser centrado na pessoa idosa, de forma una, e que deve ser capaz de responder às necessidades individuais, que mudam à medida do próprio modo como se envelhece, afigurando-se igualmente imprescindível valorizar o atual contexto de desenvolvimento tecnológico, capaz de subsidiar maior qualidade de vida às pessoas idosas nos seus aspetos físicos, cognitivos e culturais, proporcionando mais autonomia, conforto, segurança e saúde.

Pretende-se, pois, em alinhamento com a Estratégia Europeia de Prestação de Cuidados para Cuidadores e beneficiários de cuidados, de 7 de setembro de 2022, e respeitando a aplicação dos princípios do Pilar Europeu dos Direitos Sociais, desenvolver um modelo de cuidados de longa duração, que faça o reconhecimento efetivo da realidade das pessoas idosas, desde as suas capacidades, diferenças, complexidades e necessidades, nos vários graus de severidade funcional relacionados com o processo de envelhecimento, assumindo a necessidade de convergência dos sistemas em vigor, para um sistema de cobertura de cuidados de longa duração, ajustados aos diferentes níveis de dependência.

Os cuidados de longa duração enfatizam a continuidade e a integração de cuidados e incluem a prevenção, a promoção, os cuidados curativos, a reabilitação, as ações paliativas e o apoio social, promovendo uma adequada transição de cuidados entre os diferentes ambientes (domicílios, respostas residenciais, respostas de internamento) e a correta gestão das várias funções e níveis de cuidados.

Atendendo a que a articulação entre o setor da segurança social e da saúde se encontra prevista, quer no artigo 20.º da Orgânica do Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM, aprovada em anexo ao Decreto Legislativo Regional n.º 34/2012/M, de 16 de novembro, na sua redação atual, quer no artigo 17.º do Estatuto do Sistema Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira, aprovado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 4/2003/M, de 7 de abril, na sua redação atual.

Foram ouvidos o Conselho Médico da Região Autónoma da Madeira da Ordem dos Médicos, o Secretariado da Madeira da Ordem dos Enfermeiros, a União das Instituições Particulares de Solidariedade Social da Região Autónoma da Madeira e o Secretariado Regional da Madeira da União das Misericórdias de Portugal.

Assim:

A Assembleia Legislativa da Região Autónoma da Madeira decreta, ao abrigo das alíneas a) e c) do n.º 1 do artigo 227.º, do n.º 1 do artigo 228.º e do n.º 1 do artigo 232.º da Constituição da República Portuguesa e das alíneas c) e e) do n.º 1 do artigo 37.º, da alínea m) do artigo 40.º e do n.º 1 do artigo 41.º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma da Madeira, aprovado pela Lei n.º 13/91, de 5 de junho, na sua redação atual, o seguinte:

## CAPÍTULO I

### Disposições gerais

#### Artigo 1.º

##### Objeto

O presente diploma aprova o regime jurídico do modelo de cuidados de longa duração da Região Autónoma da Madeira, doravante designados abreviadamente por CLD-RAM.

**Artigo 2.º****Âmbito**

1 — Os CLD-RAM têm por objetivo manter a capacidade de viver com o maior grau possível da independência, autonomia, participação, realização e dignidade humana e incluem a provisão de conforto e bem-estar na fase final da vida.

2 — Os CLD-RAM são prestados, preferencialmente, no domicílio.

3 — Os CLD-RAM podem, ainda, ser prestados:

- a) Em contexto de respostas sociais para pessoas idosas do tipo residencial;
- b) Em contexto de respostas sociais para pessoas idosas do tipo semi-residencial, nomeadamente centros de dia e centros de noite;
- c) Em regime de internamento, designadamente, em unidades de longa duração e manutenção da Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma da Madeira (REDE).

**Artigo 3.º****Definições**

Para efeitos do presente diploma, entende-se por:

a) «Ações paliativas», as medidas terapêuticas sem intuito curativo que visam minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global da pessoa, nomeadamente em situação de doença irreversível ou crónica progressiva;

b) «Atividades da vida diária (AVD)», as atividades e o nível de participação da pessoa na execução da higiene pessoal, controlo da eliminação vesical, controlo da eliminação intestinal e uso dos sanitários, alimentação, vestir e calçar, locomoção e transferência, que inclui sair da cama e sentar-se numa cadeira e vice-versa, transferir-se de uma cadeira para a outra, utilizar e transferir-se nos espaços e equipamentos sanitários;

c) «Atividades instrumentais de vida diária (AIVD)», a capacidade da pessoa para gerir o ambiente em que vive que inclui a preparação de refeições, a realização de tarefas domésticas, a higiene e preparação do vestuário, a gestão do dinheiro, o uso de telefone, a toma de medicamentos, a realização de compras e a utilização dos meios de transporte;

d) «Cuidador formal», o prestador de serviços com uma estrutura preparada para dar resposta às necessidades dos utentes, incluindo a sua intervenção em cuidados domiciliários, cuidados comunitários e de internamento, no âmbito da saúde, ou a prestação de cuidados em contexto de respostas sociais do tipo residencial, semi-residencial ou domiciliária;

e) «Cuidador informal», a pessoa familiar ou terceiro, com laços de afetividade e de proximidade que, fora do âmbito profissional ou formal e não remunerada, cuida de outra pessoa, preferencialmente no domicílio desta, por se encontrar numa situação de doença crónica, incapacidade, deficiência e ou dependência, total ou parcial, transitória ou definitiva, ou em situação de fragilidade e necessidade de cuidados, com falta de autonomia para a prática das atividades da vida quotidiana;

f) «Cuidados continuados integrados», conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo de apoio social e terapêutico, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social;

g) «Cuidados de longa duração», a organização e prestação de uma série alargada de serviços e cuidados a pessoas que estão limitadas na sua capacidade de funcionar de forma autónoma e independente, diariamente, durante um longo período, tanto por incapacidade física como cognitiva, sendo assegurados os devidos serviços de assistência às AVD e às AIVD, em combinação com cuidados de saúde básicos, nomeadamente, tratamento de úlceras e feridas, gestão de dor, gestão e administração de medicação, monitorização do estado de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença, reabilitação;

h) «Demência», o conjunto de sintomas que correspondem a um declínio contínuo e geralmente progressivo das funções cerebrais superiores, que incluem a perda de memória, diminuição da agilidade mental, diminuição das funções executivas, dificuldades de expressão, problemas de compreensão, problemas de capacidade de decisão, devendo a síndrome demencial ser efetuada por via de instrumentos de avaliação fidedignos e diagnóstico médico;

i) «Dependência», 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 AVD;

j) «Doença crónica», a 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 anatômica, 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;

k) «Domicílio», a residência particular, ou coletiva, onde habitualmente reside a pessoa em situação de dependência;

l) «Plano individual de cuidados (PIC)», o instrumento que deve expressar a centralidade dos cuidados, evidenciar os objetivos a atingir face às necessidades identificadas e as intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspetos clínicos, como funcionais, cognitivos e sociais, bem como incluir as atividades a desenvolver, o registo dos serviços prestados e a identificação dos responsáveis pela elaboração, avaliação e revisão do PIC;

m) «Serviços de cuidados especializados integrados», conjunto de serviços e atividades prestados no domicílio, em contexto de respostas sociais residenciais e semi-residenciais, e em unidades de cuidados continuados integrados de longa duração e manutenção, que consideram as bases científicas do conhecimento em geriatria e incluem, para além dos necessários cuidados de apoio social, cuidados médicos, de enfermagem, de fisioterapia e reabilitação e de manutenção funcional, que se podem especializar em segmentos específicos de cuidados de saúde, destinados a abordar a dependência, a demência, a doença crónica e a implementar ações paliativas.

## CAPÍTULO II

### Modelo de cuidados

#### Artigo 4.º

##### Cuidados de longa duração

1 — Os cuidados de longa duração compreendem uma gama de serviços e atividades assistenciais, combinados e integrados, que adotam uma visão holística do processo de envelhecimento e da proteção da dependência, através dos quais se conjugam não só as necessidades mas também os cuidados prestados pelos diversos atores, de acordo com a capacidade funcional da pessoa que é o foco dos cuidados e com a capacidade dos cuidadores, formais e informais.

2 — Os cuidados previstos no número anterior são uma resposta de base comunitária e devem compreender:

- a) A reinserção para preservar ou recriar a rede relacional de pertença;
- b) O reabilitar e ou readaptar a autonomia e a independência;
- c) O manter e retardar a perda de autonomia e de independência;
- d) O promover o bem-estar e a qualidade de vida.

3 — Os serviços de cuidados especializados integrados podem ser acoplados às estruturas residenciais para pessoas idosas, existentes ou futuras, e às unidades de cuidados continuados integrados de longa duração e manutenção integradas na REDE, aumentando o seu significado social e de saúde.

## Artigo 5.º

**Objetivos**

1 — Constitui objetivo geral dos CLD-RAM assegurar os melhores cuidados às pessoas, com eficácia e eficiência em termos de adequação e integração, podendo ser adaptados e direcionados, a qualquer momento, para as necessidades funcionais que decorrem do processo de envelhecimento ou da perda progressiva da autonomia.

2 — Constituem objetivos específicos dos CLD-RAM:

- a) Assegurar a manutenção e reabilitação de população com demência;
- b) Assegurar a manutenção de autonomia de pessoas com dependência menor e retardar a evolução da dependência;
- c) Oferecer uma abordagem paliativa sustentada em ações paliativas, em articulação com as estruturas diferenciadas de cuidados paliativos;
- d) Assegurar a satisfação das necessidades de saúde básicas e complexas das pessoas em contexto de respostas sociais;
- e) Aumentar a eficácia das respostas residenciais para pessoas idosas e das unidades de cuidados continuados integrados de longa duração e manutenção, através da prestação de serviços de cuidados especializados integrados, segmentados de acordo com as necessidades das pessoas residentes ou internadas.

## Artigo 6.º

**Dever de sigilo**

Estão obrigados ao dever de sigilo profissional todos os profissionais que, nos termos do presente diploma, direta ou indiretamente, tomem conhecimento de informações relativas à situação clínica das pessoas integradas em programas de cuidados de longa duração.

## CAPÍTULO III

**Princípios orientadores e direitos**

## Artigo 7.º

**Princípios orientadores**

Os cuidados de longa duração são desenvolvidos de acordo com os seguintes princípios orientadores:

- a) Respeito — Os CLD-RAM respeitam a dignidade e outros direitos e liberdades fundamentais das pessoas com necessidade de cuidados de longa duração, as suas famílias e os seus cuidadores;
- b) Prevenção — Os CLD-RAM visam restaurar, tanto quanto possível, ou prevenir, a deterioração do estado físico e ou saúde mental das pessoas que necessitam de cuidados de longa duração e fortalecer a sua capacidade de viver de forma independente, ao mesmo tempo que aliviam a sua experiência de solidão ou isolamento social;
- c) Centralização na pessoa — Os serviços de CLD-RAM são prestados sem qualquer discriminação e abordam as necessidades específicas de cada indivíduo, devendo respeitar a integridade da pessoa e ter em consideração o seu género e a sua condição física, diversidade intelectual, cultural, étnica, religiosa, linguística e social e, quando apropriado, o das suas famílias ou do seu círculo social imediato;
- d) Compreensividade e continuidade — Os CLD-RAM são concebidos e prestados de forma integrada com todos os outros serviços, incluindo cuidados de saúde e telessaúde, com uma coordenação eficaz entre os níveis regional e local, sendo organizados para que as pessoas que necessitam dos mesmos possam contar com uma gama ininterrupta de serviços, quando necessário e durante o tempo que for indispensável, devendo as transições entre diferentes serviços de cuidados prolongados ser suaves e evitar interrupção do serviço ou qualquer impacto negativo no atendimento recebido;



e) Foco nos resultados — Os CLD-RAM centram-se, sobretudo, nos benefícios para quem recebe os cuidados, em termos da sua qualidade de vida e capacidade de viver de forma independente, levando em consideração, quando apropriado, os benefícios para as suas famílias, cuidadores informais e comunidade;

f) Transparência — As informações sobre as opções e os provedores de CLD-RAM disponíveis, qualidade, padrões e acordos de garantia de qualidade devem ser fornecidas na íntegra, de forma acessível e compreensível, para as pessoas que necessitam de cuidados especializados e prolongados, suas famílias ou cuidadores;

g) Qualificação da prestação — Os CLD-RAM são prestados por trabalhadores qualificados, e são respeitadas em proporções apropriadas de trabalhadores, de acordo com os respetivos rácios, refletindo o número e as necessidades das pessoas que vão receber aqueles cuidados, nos diferentes contextos onde os cuidados são prestados, devendo ser respeitados os direitos dos trabalhadores, a confidencialidade, a ética profissional e a autonomia profissional e disponibilizada formação contínua a todos os profissionais envolvidos.

#### Artigo 8.º

##### Direitos

São garantidos aos beneficiários do CLD-RAM os seguintes direitos:

- a) Apoio adequado à sua situação e necessidades;
- b) Preservação da identidade;
- c) Privacidade;
- d) Informação;
- e) Não discriminação;
- f) Integridade física e moral;
- g) Consentimento informado das intervenções efetuadas;
- h) Participação e envolvimento dos familiares e outros cuidadores.

#### CAPÍTULO IV

##### Condições do modelo de cuidados

#### Artigo 9.º

##### Infraestruturas

1 — Todos os ambientes físicos de CLD-RAM devem cumprir com as regras de segurança e de saúde, acessibilidade, requisitos ambientais e eficiência energética, entre outras legalmente exigíveis.

2 — Os edifícios existentes, nomeadamente aqueles destinados a respostas residenciais, devem passar por adaptações estruturais, repensadas do ponto de vista arquitetónico e de programa funcional, no sentido de serem criados espaços dedicados aos diferentes momentos e níveis de funcionalidade do processo de envelhecimento, que respondam às demandas operativas da capacitação para uma vida social ativa das pessoas mais independentes funcionalmente, dos cuidados de saúde a pessoas com dependência, da manutenção e reabilitação das pessoas com demências, da manutenção da autonomia das pessoas com dependência menor, da terminalidade e necessidades paliativas, de acordo com a regulamentação emanada.

#### Artigo 10.º

##### Organização

1 — As estruturas prestadoras de CLD-RAM, nos termos do presente diploma, devem dispor de uma cadeia de comando e controlo com autonomia técnica hierárquica, no que concerne ao

desenvolvimento do processo de cuidados, segundo níveis de orientação operativa que se articulam com os níveis de coordenação regional.

2 — A organização profissional das estruturas de CLD-RAM, nos termos do presente diploma, é de base multidisciplinar, organizada em equipa e deve contemplar as disciplinas essenciais de geriatria e gerontologia.

3 — Os contextos onde se prestam CLD-RAM, nomeadamente as estruturas residenciais para pessoas idosas, devem assegurar a presença permanente de profissionais de enfermagem, em rácio adequado às necessidades dos utentes.

### Artigo 11.º

#### Processo e fases

1 — O modelo de CLD-RAM concretiza-se através do processo de cuidados que inclui as fases de avaliação diagnóstica, planeamento de cuidados, intervenção terapêutica e avaliação de resultados.

2 — O processo de CLD-RAM inicia-se no momento de admissão, ou no momento de reafirmação para os programas de CLD-RAM, através de uma avaliação diagnóstica que inclua diagnóstico nosológico, diagnóstico funcional e diagnóstico social.

3 — A avaliação diagnóstica consiste na avaliação contínua, sistemática e dinâmica da situação do idoso e família na conjugação variável da tripla perspetiva, vivencial, de ajuda e biomédica.

4 — O planeamento de cuidados deve ser centrado na pessoa idosa em contexto de CLD-RAM, devendo envolver todos os cuidadores, incluindo a família ou acompanhante, e definir os objetivos e as atividades terapêuticas a desenvolver por cada um dos intervenientes no processo de cuidados e ainda os indicadores de resultados esperados.

5 — O planeamento de cuidados usa como instrumento o plano individual de cuidados (PIC).

6 — O PIC é utilizado por todos os elementos da equipa envolvida nos cuidados e está acessível a todos os intervenientes no processo de cuidados, preferencialmente por via informática, como parte de um sistema integrado de informação de CLD-RAM.

7 — A avaliação clínica, funcional e cognitiva deve ser científica e estandardizada, realizada com recurso a escalas de mensuração adaptadas, validadas e homologadas para a população portuguesa.

### Artigo 12.º

#### Implementação e desenvolvimento

1 — A implementação do modelo de CLD-RAM é objeto de regulamentação.

2 — O desenvolvimento do modelo é efetuado através de um plano de ação para os CLD-RAM, instrumento estratégico norteador das políticas públicas de ação social e de saúde para os cuidados de longa duração, com periodicidade bienal e aprovado por resolução do Conselho do Governo Regional.

## CAPÍTULO V

### Avaliação e financiamento

#### Artigo 13.º

##### Avaliação e gestão da qualidade

As estruturas prestadoras de CLD-RAM estão sujeitas a um processo periódico de avaliação e gestão da qualidade, que integra a autoavaliação e a avaliação externa.



Artigo 14.º

**Financiamento**

O financiamento dos CLD-RAM obedece ao princípio da diversificação das fontes de financiamento, incluindo as que estão em vigor, consoante o contexto em que se prestam os CLD-RAM, e da adequação seletiva mediante modelo de financiamento próprio, a aprovar por portaria dos membros do Governo Regional responsáveis pelas áreas das finanças e ou da saúde e ou da segurança social.

CAPÍTULO VI

**Disposições transitórias e finais**

Artigo 15.º

**Regulamentação**

Compete aos membros do Governo Regional responsáveis pelas áreas das finanças, da saúde e da segurança social aprovar, no prazo máximo de 90 dias a contar da entrada em vigor do presente decreto legislativo regional, a regulamentação necessária ao disposto no mesmo.

Artigo 16.º

**Aplicação progressiva**

1 — Os CLD-RAM definidos no presente diploma, incluindo os serviços de cuidados integrados especializados, são implementados progressivamente através de experiências-piloto, a concretizar no primeiro ano da entrada em vigor do presente diploma.

2 — As experiências-piloto são definidas mediante despacho dos membros do Governo Regional responsáveis pelas áreas das finanças, da saúde e da segurança social.

3 — Nos 30 dias posteriores à publicação do despacho referido no número anterior é nomeada, mediante despacho dos membros do Governo Regional responsáveis pelas áreas da saúde e da segurança social, uma equipa de acompanhamento das experiências-piloto, composta por um máximo de três elementos de cada área, saúde e segurança social, à qual compete, em especial, definir os indicadores de referência para a monitorização, efetivar as atividades de acompanhamento e elaborar o relatório de acompanhamento das experiências-piloto.

Artigo 17.º

**Entrada em vigor**

O presente diploma entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Aprovado em sessão plenária da Assembleia Legislativa da Região Autónoma da Madeira em 10 de maio de 2023.

O Presidente da Assembleia Legislativa, *José Manuel de Sousa Rodrigues*.

Assinado em 7 de junho de 2023.

Publique-se.

O Representante da República para a Região Autónoma da Madeira, *Ireneu Cabral Barreto*.

116554346