



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

GOVERNO REGIONAL

SECRETARIA REGIONAL DA INCLUSÃO SOCIAL E CIDADANIA

DIREÇÃO REGIONAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS INTEGRADAS E LONGEVIDADE

EMPREENDEDOR REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

ENQUADRAMENTO JURÍDICO



|| Avenida Zarco • Palácio do Governo • 9004-527 Funchal || Tel.: (+351) 291 212 100 || Fax: (+351) 291 228 418

|| www.madeira.gov.pt • drppil@madeira.gov.pt || www.madeira.gov.pt/sric/drppil



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

GOVERNO REGIONAL

SECRETARIA REGIONAL DA INCLUSÃO SOCIAL E CIDADANIA

DIREÇÃO REGIONAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS INTEGRADAS E LONGEVIDADE

DIPLOMAS QUE CRIAM A REDE

- Decreto Legislativo Regional n.º 9/2007/M, de 15 de março de 2007
- Decreto Legislativo Regional n.º 30/2012/M, de 8 de novembro de 2012 (alteração do Decreto Legislativo Regional n.º 9/2007/M, de 15 de março).



|| Avenida Zarco • Palácio do Governo • 9004-527 Funchal || Tel.: (+351) 291 212 100 || Fax: (+351) 291 228 418

|| www.madeira.gov.pt • drppil@madeira.gov.pt || www.madeira.gov.pt/sric/drppil

introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 201/2005, de 24 de Novembro;

Ouvido o Conselho Cinegético Municipal de Proença-a-Nova:

Manda o Governo, pelo Ministro da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, o seguinte:

1.º Pela presente portaria é criada a zona de caça municipal dos Montes da Senhora (processo n.º 4591-DGRF), pelo período de seis anos, e transferida a sua gestão para a Associação Caçadores e Pescadores de Montes da Senhora, com o número de pessoa colectiva 507683935 e sede no Largo do Patacão, 6150 Proença-a-Nova.

2.º Passam a integrar esta zona de caça os terrenos cinegéticos cujos limites constam da planta anexa à presente portaria e que dela faz parte integrante sítios nas freguesias de Montes da Senhora e Sobreira Formosa, município de Proença-a-Nova, com a área de 3531 ha.

3.º De acordo com o estabelecido no artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 202/2004, de 18 de Agosto, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 201/2005, de 24 de Novembro, os critérios de proporcionalidade de acesso dos caçadores a esta zona de caça compreendem as seguintes percentagens:

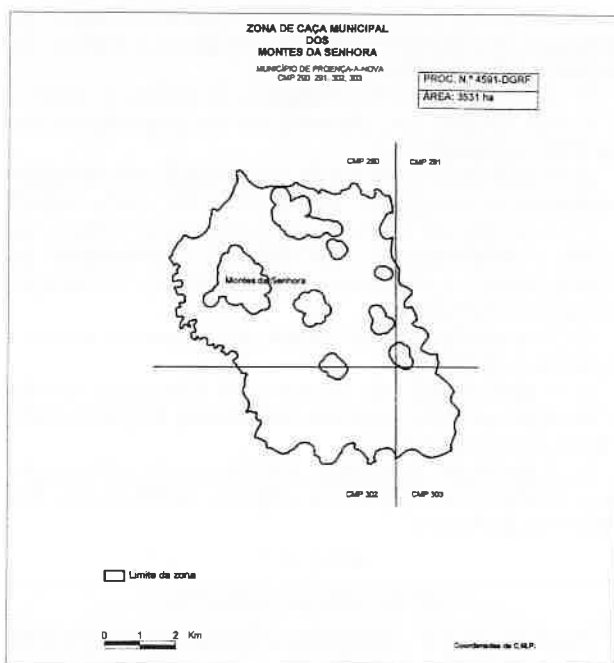
- a) 40 % relativamente aos caçadores referidos na alínea a) do citado artigo 15.º;
- b) 10 % relativamente aos caçadores referidos na alínea b) do citado artigo 15.º;
- c) 25 % relativamente aos caçadores referidos na alínea c) do citado artigo 15.º;
- d) 25 % aos demais caçadores, conforme é referido na alínea d) do citado artigo 15.º

4.º As regras de funcionamento da zona de caça municipal não constantes desta portaria serão divulgadas pela entidade gestora nos locais do costume e, pelo menos, num jornal de expansão nacional.

5.º As restantes condições de transferência de gestão encontram-se definidas no plano de gestão.

6.º A zona de caça criada pela presente portaria produz efeitos relativamente a terceiros com a instalação da respectiva sinalização.

Pelo Ministro da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, *Rui Nobre Gonçalves*, Secretário de Estado do Desenvolvimento Rural e das Florestas, em 22 de Fevereiro de 2007.



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

Assembleia Legislativa

Decreto Legislativo Regional n.º 9/2007/M

Criação da rede de cuidados continuados integrados da Região Autónoma da Madeira

O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura social e familiar verificadas em Portugal determinaram o aparecimento de novas necessidades, cuja satisfação reclama a introdução de mudanças nas políticas de saúde e de solidariedade social, as quais devem revelar-se capazes de desenvolver novas respostas que possam contribuir para a manutenção e restauração da dignidade e qualidade de vida e para minorar o sofrimento dos cidadãos que, por causas várias, se encontram em situação de elevado grau de dependência e perda de autonomia funcional, prevenindo a ocorrência de situações de exclusão e desigualdade social.

Neste contexto, importa reconhecer a insuficiência e inadequação de uma abordagem sectorizada estanque dos cuidados de saúde e das prestações de apoio social e assumir que a prevenção, tratamento e recuperação destas situações de vulnerabilidade e incapacidade requer a implementação de um modelo alternativo de intervenção que articule as dimensões da saúde e da acção social e possa abranger respostas diferenciadas e personalizadas em conformidade com as condições particulares dos seus destinatários.

A criação da Rede de Cuidados Continuados Integrados da Madeira corresponde justamente a esta preocupação, de garantir a coordenação das áreas da saúde e da acção social, com base na definição de soluções que, mediante a conjugação de prestações típicas de cada um dos sectores, se revelem, em cada momento, aptas a satisfazer adequadamente as carências específicas das pessoas idosas e das pessoas com elevado grau de perda de autonomia e dos doentes terminais, em função de uma avaliação permanente das necessidades individuais existentes.

Não está, assim, em causa a criação de um novo programa de acção social, mas, antes, a institucionalização de um novo modelo de articulação entre a saúde e a acção social, que constitua uma inovadora abordagem de intervenção na Região envolvendo as várias entidades responsáveis pela prestação de cuidados de saúde e de apoio social.

A experiência recolhida com o projecto piloto, lançado em Abril de 2004, permitiu não apenas confirmar a procura crescente de respostas que restaurem a qualidade de vida daqueles cidadãos como sobretudo demonstrar as virtualidades inerentes à implementação de um modelo de abordagem integrada do binómio cuidados de saúde-acção social, assente na cooperação institucional e na conjugação de esforços de várias entidades envolvidas na prestação de cuidados de saúde e de apoio social, como aquele que agora se propõe.

Por outro lado, os ensinamentos do projecto piloto conferem também um grau de segurança acrescida relativamente à capacidade de mitigar os riscos geralmente associados ao pioneirismo das novas soluções e de definir com rigor o papel de cada um dos serviços existentes e de estruturar novas respostas, de forma a garantir

o apoio a pessoas cujo grau de dependência exige tipos de intervenção diferenciados.

A filosofia e os princípios subjacentes ao projecto piloto mantêm-se, mas, neste momento, afigura-se necessário avançar para o estabelecimento de parcerias com um número crescente de entidades públicas, sociais e privadas, vocacionadas para a prestação deste tipo de cuidados continuados integrados, bem como para a institucionalização de uma gestão centralizada, que assegure o cumprimento de elevados padrões de qualidade na prestação dos cuidados e garanta a articulação, optimização, reconversão e racionalização dos recursos disponíveis.

Pretende-se essencialmente, mais do que cristalizar um modelo, desenvolver um projecto que encerre em si mesmo a capacidade de se adaptar a uma realidade que é por definição evolutiva, e de responder a todas as carências, que, a cada momento, vierem a exigir uma intervenção concertada da saúde e da acção social.

Foi ouvida a Associação de Municípios da Região Autónoma da Madeira.

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 e do n.º 1 do artigo 228.º, ambos da Constituição da República Portuguesa, do artigo 46.º da Lei Constitucional n.º 1/2004, de 24 de Julho, e das alíneas c) e e) do n.º 1 do artigo 37.º e da alínea m) do artigo 40.º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma da Madeira, aprovado pela Lei n.º 13/91, de 5 de Junho, e no desenvolvimento do regime jurídico estabelecido na Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, e na Lei n.º 4/2007, de 16 de Janeiro, o seguinte:

Artigo 1.º

Objecto

O presente diploma cria a rede de cuidados continuados integrados da Madeira, adiante designada por REDE, a qual constitui parte integrante do sistema regional de saúde e do sistema de protecção social.

Artigo 2.º

Definição da REDE

A REDE constitui-se como um conjunto de respostas, que, articulando diferentes linhas e modalidades de intervenção nas áreas da saúde e da segurança social, promove a autonomia dos seus utentes através da prestação integrada de cuidados de saúde e de apoio social e contribui para a melhoria do acesso, das pessoas com perda de funcionalidades, a cuidados técnica e humanamente adequados.

Artigo 3.º

Objectivos da REDE

Constituem objectivos da REDE, designadamente:

a) Tratar, de forma integral e global, as pessoas em risco, em situação de dependência ou terminal, privilegiando a manutenção dos mesmos junto do respectivo núcleo familiar sempre que não necessitem de tratamento que requeira tecnologia hospitalar;

b) Recuperar as incapacidades geradas pela evolução de doenças crónicas ou acidentes, através da reabilitação

e cuidados no domicílio, respeitando a plena participação do próprio e da respectiva família, a privacidade individual e familiar, as capacidades individuais remanescentes, as competências familiares e ainda os seus interesses e aspirações;

c) Prevenir a dependência da pessoa em risco de perda de autonomia, através de um plano individual de intervenção, no qual a reabilitação global desempenha um papel de especial relevo;

d) Promover a integração da pessoa com perda de autonomia, de modo a prevenir o seu isolamento e a marginalização social, fomentando a participação dos utentes na comunidade de acordo com as suas capacidades;

e) Assegurar o bem-estar físico e psicológico e a dignidade de todos os utentes da REDE;

f) Habilitar a rede familiar e os mais directos conviventes para a prestação de cuidados informais, constituindo a família como núcleo privilegiado para o equilíbrio e bem-estar dos utentes;

g) Preservar o equilíbrio da família, da pessoa apoiada e de outros prestadores informais de cuidados para que possam manter a sua vida sócio-profissional de uma forma activa, minimizando o seu desgaste;

h) Criar sistemas de informação que permitam a quantificação de ganhos em saúde e apoio social decorrentes da criação da REDE;

i) Organizar modelos de gestão que favoreçam a optimização dos recursos existentes em cada área de intervenção.

Artigo 4.º

Princípios

A REDE baseia-se no respeito pelos seguintes princípios:

a) A co-responsabilização da família na prestação de cuidados enquanto suporte e meio preferencial do utente;

b) A humanidade e defesa da integridade física e moral, identidade e privacidade do utente;

c) A continuidade de cuidados;

d) A recuperação global;

e) A multidisciplinaridade como estipulação e prossecução de objectivos comuns e complementaridade de actuação dos profissionais que integram a equipa de prestação de cuidados;

f) A proximidade de cuidados, de forma a manter o utente, sempre que possível, no seu enquadramento familiar e comunitário;

g) A qualidade e eficiência na prestação de cuidados continuados integrados de saúde e de apoio social;

h) A integração dos serviços prestados ao utente, de modo a responder às suas diversas necessidades de forma global e a promover a sua autonomia e reinserção social na comunidade;

i) O consentimento informado relativamente às intervenções a efectuar;

j) A participação do utente e da respectiva família e ou representante legal na elaboração do plano individual de intervenção;

l) A definição de planos individuais de intervenção que estabeleçam objectivos comuns orientadores dos cuidados prestados.

Artigo 5.º

Cuidados continuados integrados

Entende-se por «cuidados continuados integrados» o conjunto de intervenções de saúde e de apoio social,

sequenciais e coordenadas, baseadas numa avaliação global das necessidades do utente, com a finalidade de promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

Artigo 6.º

Utentes

São utentes da REDE os cidadãos de qualquer grupo etário com domicílio na Região Autónoma da Madeira, que se encontrem em situação de perda de funcionalidade ou em situação de dependência, afectados na estrutura anatómica ou nas funções psicológica ou fisiológica, com limitação acentuada e que necessitem de cuidados interdisciplinares de saúde e de apoio social.

Artigo 7.º

Composição da REDE

1 — Integram a REDE a Região Autónoma da Madeira, através da secretaria regional que tutela os sectores da saúde e da segurança social, o Serviço Regional de Saúde, E. P. E., e o Centro de Segurança Social da Madeira.

2 — Poderão ainda integrar a REDE as instituições particulares de solidariedade social, misericórdias, pessoas colectivas de utilidade pública e entidades privadas que contratem a prestação de serviços de cuidados continuados de saúde e de apoio social com a entidade gestora, nos termos do artigo 21.º, e as autarquias locais.

Artigo 8.º

Modelo de intervenção

1 — A REDE baseia-se num modelo de intervenção articulada e integrada de saúde e acção social e assenta num plano individual de intervenção, centrado na recuperação global da pessoa, onde os cuidados são entendidos como um processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo.

2 — O plano individual de intervenção deverá integrar o diagnóstico das situações do utente, a natureza e periodicidade das intervenções multidisciplinares a desenvolver, de acordo com os objectivos estabelecidos com o utente ou cuidador, especificando as necessidades de intervenção e encaminhando para a unidade de cuidados continuados integrados daquela.

3 — A prestação dos cuidados é garantida por equipas prestadoras estruturadas em unidades locais, que funcionam na dependência das equipas de coordenação local, a quem compete assegurar a conjugação e coordenação das diversas respostas existentes para a prestação de cuidados continuados integrados ao nível local.

Artigo 9.º

Estrutura operacional da REDE

1 — A estrutura operacional da REDE é constituída pelas seguintes equipas, as quais funcionam na dependência da entidade gestora:

- a) As equipas de coordenação local;
- b) As equipas prestadoras que funcionam sob a dependência da equipa de coordenação local.

2 — Deverá ainda funcionar, nos estabelecimentos hospitalares, uma equipa de cuidados integrados hospitalares, nos termos enunciados no artigo 15.º

Artigo 10.º

Gestão da REDE

A gestão e coordenação da REDE são asseguradas por uma cooperativa de interesse público, doravante designada por entidade gestora.

Artigo 11.º

Funções da entidade gestora

São funções da entidade gestora:

- a) Gerir os recursos humanos, financeiros e materiais afectos à REDE;
- b) Assegurar o funcionamento adequado da REDE promovendo para o efeito a articulação das várias equipas de coordenação local;
- c) Recolher, gerir e avaliar de forma permanente toda a informação relativa à oferta e procura das respostas integradas na REDE, nomeadamente no que se refere a admissões, demoras médias e altas no âmbito de cada unidade local;
- d) Identificar e planear as necessidades de cada unidade local;
- e) Promover a realização de inquéritos e estudos com vista à elaboração de diagnósticos actualizados das necessidades de prestação de cuidados continuados integrados de saúde e de apoio social;
- f) Propor ao membro do Governo Regional que tutela as áreas da saúde e da segurança social a adopção das medidas normativas adequadas à prossecução dos objectivos da REDE, designadamente em sede de criação, reconversão ou extinção das modalidades de intervenção compreendidas na mesma;
- g) Celebrar acordos e convenções com entidades públicas ou privadas ao abrigo da legislação em vigor, tendo por objecto a prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social aos utentes da REDE;
- h) Definir os indicadores e os procedimentos de avaliação do funcionamento e qualidade das respostas e entidades integradas na REDE;
- i) Propor ao membro do Governo que tutela as áreas da saúde e da segurança social a criação de unidades locais, que poderão integrar um ou mais dos serviços mencionados no artigo 15.º;
- j) Incentivar a formação de cuidadores informais;
- l) Promover o acompanhamento e a avaliação do funcionamento das respostas e das entidades integradas em cada unidade local quanto ao processo global e resultados;
- m) Excluir da REDE as entidades públicas ou privadas que não cumpram os requisitos previstos no presente diploma, na demais legislação aplicável ou nos acordos e convenções celebrados com as mesmas;
- n) Promover programas e actividades de formação permanente dos diversos profissionais a envolver na prestação dos cuidados continuados integrados.

Artigo 12.º

Unidades locais

1 — As unidades locais estruturam-se de acordo com critérios territoriais a definir pela entidade gestora e

são criadas por despacho do membro do Governo que tutela as áreas da saúde e segurança social, sob proposta da mesma.

2 — As unidades locais podem integrar um ou mais serviços que constituem a REDE.

Artigo 13.º

Equipas de coordenação local

A coordenação de cada unidade local é assegurada por uma equipa multidisciplinar, designada por equipa de coordenação local, à qual compete, designadamente:

- a) Proceder à admissão e encaminhamento no âmbito da REDE, mediante a avaliação da situação de cada utente, em função das necessidades identificadas, no plano individual de intervenção;
- b) Elaborar, supervisionar e orientar o plano individual de intervenção para cada utente, em articulação com as equipas prestadoras;
- c) Designar, de entre os elementos da equipa, um gestor de caso, que será o elemento de referência do utente admitido;
- d) Organizar um processo individual de cuidados continuados, que corresponde ao conjunto de informação respeitante a cada utente em situação de dependência que recebe cuidados continuados integrados;
- e) Proceder à alta do utente, sempre que estejam reunidos os requisitos necessários, e providenciar a admissão do utente noutro tipo de serviço ou a preparação do seu regresso, com mais autonomia, ao domicílio;
- f) Manter actualizada a informação relativa ao número e características dos estabelecimentos, serviços e utentes existentes no âmbito de cada unidade local;
- g) Assegurar a divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, o número e a localização das respostas existentes na respectiva unidade local;
- h) Manter a entidade gestora informada sobre o acesso e o movimento da unidade local.

Artigo 14.º

Equipas prestadoras

A prestação dos cuidados continuados integrados é assegurada pelas equipas prestadoras, constituídas por profissionais oriundos dos serviços e instituições que integram a REDE.

Artigo 15.º

Equipas de coordenação hospitalar

1 — Nos estabelecimentos hospitalares integrados no Serviço Regional de Saúde, E. P. E., deverão ser criadas as equipas de coordenação necessárias para a articulação com as equipas de coordenação local.

2 — As equipas de coordenação hospitalar deverão acompanhar a programação da alta hospitalar, identificando a necessidade de cuidados continuados integrados dos utentes.

Artigo 16.º

Tipos de serviços

1 — A REDE compreende os seguintes tipos de serviços:

- a) Apoio integrado domiciliário;
- b) Centros de promoção de autonomia;
- c) Unidades de apoio integrado de internamento de curta, média e longa durações.

2 — Poderão vir a ser implementados outros tipos de serviços, através de proposta da entidade gestora e de aprovação por despacho do membro do Governo Regional que tutela as áreas da saúde e da segurança social, em função da identificação de novas necessidades dos utentes.

Artigo 17.º

Apoio integrado domiciliário

1 — O apoio integrado domiciliário é um serviço que se concretiza através de um conjunto de acções e cuidados pluridisciplinares de saúde e apoio social prestados no domicílio do utente.

2 — O apoio integrado domiciliário compreende, designadamente, o apoio médico, de enfermagem e psicossocial, bem como o apoio na satisfação das necessidades básicas, como higiene pessoal e habitacional, alimentação, tratamento de roupas e apoio na execução das rotinas diárias de natureza indispensável.

Artigo 18.º

Centros de promoção da autonomia

1 — Os centros de promoção de autonomia são unidades de dia, destinadas à prevenção da dependência e promoção de autonomia, que se caracterizam por ser pólos dinamizadores de actividades, com plena participação dos utentes, potenciando a manutenção destes no seu meio habitual de vida e a sua auto-estima.

2 — Os centros de promoção de autonomia prestam apoio quer ao nível do desenvolvimento de actividades de treino cognitivo, motor, sensorial e de vida diária, para potenciação das capacidades existentes, quer ao nível do ensino e formação dos familiares e cuidadores directos do utente na prestação de cuidados informais.

Artigo 19.º

Unidades de apoio integrado de internamento

1 — As unidades de apoio integrado de internamento, como unidades complementares à unidade de apoio integrado domiciliário, destinam-se a prestar cuidados continuados integrados, em regime de internamento de curta, média e longa durações.

2 — A intervenção e os cuidados prestados pelas unidades de apoio integrado de internamento, de natureza curativa e de reabilitação global, decorrem da prestação de cuidados de saúde iniciada em internamento hospitalar ou necessários em virtude da agudização ou repetição de episódio de doença crónica ocorrido no domicílio do utente.

3 — Os cuidados prestados pelas unidades de apoio integrado de internamento visam a rápida reabilitação e reintegração do utente no seu meio habitual, em condições da máxima autonomia, e a preservação do equilíbrio psicossocial do seu cuidador.

4 — Os internamentos de curta, média e longa durações estruturam-se respectivamente pelos seguintes períodos:

- a) Não superior a 30 dias;
- b) Superior a 30 e inferior a 90 dias;
- c) Superior a 90 e tendencialmente inferior a 180 dias.

Artigo 20.º

Acesso

O acesso à REDE é determinado pela equipa de coordenação local, mediante proposta:

- a) Do Serviço Regional de Saúde, E. P. E., através da equipa de coordenação hospitalar prevista no artigo 15.º ou dos centros de saúde;
- b) Do Centro de Segurança Social da Madeira, através dos serviços de acção social;
- c) Através de outras entidades com as quais tenham sido celebrados protocolos para o efeito.

Artigo 21.º

Contratação de serviços

1 — Na contratação de serviços a integrar na REDE, a entidade gestora deve garantir o cumprimento dos princípios da imparcialidade, da proporcionalidade, da publicidade, da transparência e da não discriminação, da qualidade e da economicidade, de modo a alcançar a melhor gestão dos recursos disponíveis.

2 — As entidades a contratar para a prestação de cuidados continuados integrados na REDE podem assumir uma das seguintes formas:

- a) Instituições particulares de solidariedade social, misericórdias e pessoas colectivas de utilidade pública administrativa;
- b) Pessoas colectivas públicas, com ou sem natureza empresarial;
- c) Entidades privadas, com ou sem fins lucrativos.

3 — A entidade gestora manterá um registo organizado contendo a identificação de todas as entidades que, a cada momento, prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social no âmbito da REDE, com indicação da ou das unidades locais abrangidas pelos seus serviços.

Artigo 22.º

Requisitos

As entidades referidas no artigo anterior devem garantir a adequação dos equipamentos e instalações utilizados, de acordo com os critérios a definir por despacho do membro do Governo que tutela as áreas da saúde e segurança social.

Artigo 23.º

Promoção e garantia da qualidade

Os modelos de promoção e gestão da qualidade, que serão fixados por despacho do membro do Governo que tutela as áreas da saúde e segurança social, assentarão em métodos de medição, de análise e melhoria contínua, sendo de aplicação obrigatória em cada uma das unidades e nas equipas da REDE.

Artigo 24.º

Avaliação

As unidades e equipas da REDE serão sujeitas a avaliações periódicas, que se concretizam em auditorias internas, realizadas segundo o plano anual definido pela

entidade gestora, e em avaliações externas, de acordo com critérios a estabelecer por despacho do membro do Governo que tutela as áreas da saúde e da segurança social.

Artigo 25.º

Recursos humanos

1 — Aos trabalhadores da entidade gestora aplica-se o regime jurídico do contrato individual de trabalho bem como o regime geral da segurança social.

2 — Os funcionários da administração pública regional, central ou local, bem como os funcionários de quaisquer institutos públicos, empresas públicas, podem ser autorizados a exercer funções na entidade gestora, em regime de requisição ou destacamento, por períodos até um ano, sucessiva e ilimitadamente prorrogáveis, conservando todos os direitos e regalias inerentes ao seu lugar de origem, nomeadamente a natureza do vínculo e o regime da segurança social.

3 — O período de duração da requisição ou do destacamento, nos termos do número anterior, considera-se como serviço prestado no quadro de origem.

4 — A responsabilidade pela remuneração e demais encargos com os funcionários requisitados cabe à entidade onde se encontrem a exercer funções.

5 — Os funcionários que se encontrem requisitados e destacados na entidade gestora estão sujeitos ao poder de direcção desta entidade e ao poder disciplinar da entidade de origem.

6 — A REDE poderá beneficiar da colaboração de voluntários formados como prestadores de cuidados informais.

Artigo 26.º

Do financiamento

São receitas da REDE:

- a) As transferências da Região Autónoma da Madeira e de outras entidades públicas;
- b) O produto do pagamento dos serviços prestados;
- c) Outras receitas legalmente previstas e permitidas.

Artigo 27.º

Pagamento dos serviços

Respondem pelos encargos resultantes da prestação de cuidados no âmbito dos serviços da REDE:

- a) Os subsistemas de saúde ou entidades que se responsabilizam pelo pagamento de cuidados de saúde ou de apoio social, relativamente aos utentes por eles abrangidos;
- b) Os utentes e respectivos familiares, de acordo com parâmetros que têm em conta os respectivos rendimentos;
- c) As entidades que estejam a tal obrigadas por força de lei ou de contrato.

Artigo 28.º

Taxas moderadoras

O acesso às prestações de saúde no âmbito da REDE poderá ser sujeito ao pagamento de taxas moderadoras, nos termos da legislação em vigor na Região Autónoma da Madeira, em casos justificáveis.

Artigo 29.º

Comparticipações

As participações dos utentes e respectivos familiares, relativas à utilização dos serviços e equipamentos sociais no âmbito da REDE, são definidas segundo parâmetros que têm em conta os rendimentos dos seus destinatários e respectivas famílias, numa óptica de responsabilização global da família e em concretização dos princípios da solidariedade e subsidiariedade social.

Artigo 30.º

Regulamentação

Compete ao Governo Regional a aprovação dos diplomas necessários à execução do presente decreto legislativo regional.

Artigo 31.º

Entrada em vigor

O presente diploma entra em vigor no 1.º dia do mês seguinte ao da sua publicação.

Aprovado em sessão plenária da Assembleia Legislativa da Região Autónoma da Madeira em 7 de Fevereiro de 2007.

O Presidente da Assembleia Legislativa, *José Miguel Jardim d'Olivais Mendonça*.

Assinado em 26 de Fevereiro de 2007.

Publique-se.

O Representante da República para a Região Autónoma da Madeira, *Antero Alves Monteiro Diniz*.

I SÉRIE



Depósito legal n.º 8814/85

ISSN 0870-9963

Preço deste número (IVA incluído 5%)

€ 0,56



Diário da República Electrónico: Endereço Internet: <http://dre.pt>
Correio electrónico: dre@incm.pt • Linha azul: 808 200 110 • Fax: 21 394 5750

Toda a correspondência sobre assinaturas deverá ser dirigida para a Imprensa Nacional-Casa da Moeda, S. A., Departamento Comercial, Sector de Publicações Oficiais, Rua de D. Francisco Manuel de Melo, 5, 1099-002 Lisboa

do artigo 227.º e no n.º 1 do artigo 232.º da Constituição da República Portuguesa, na alínea c) do n.º 1 do artigo 37.º, na alínea m) do artigo 40.º e no 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, revisto pelas Leis n.ºs 130/99, de 21 de agosto, e 12/2000, de 21 de junho, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto e âmbito

1 — O presente diploma adapta à Região Autónoma da Madeira a Lei n.º 11/2012, de 8 de março, que estabelece as novas regras de prescrição e dispensa de medicamentos, procedendo à sexta alteração ao regime jurídico dos medicamentos de uso humano, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, e à segunda alteração à Lei n.º 14/2000, de 8 de agosto, adaptada à Região pelo Decreto Legislativo Regional n.º 9/2002/M, de 27 de junho.

2 — A Lei n.º 11/2012, de 8 de março, aplica-se ao Sistema Regional de Saúde com as adaptações e especificidades decorrentes dos artigos seguintes.

Artigo 2.º

Prescrição de medicamentos

1 — A prescrição de medicamentos a que se refere o n.º 4 do artigo 120.º do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, alterado pelo artigo 2.º da Lei n.º 11/2012, de 8 de março, é feita na Região Autónoma da Madeira por via eletrónica, mantendo-se, exceção, por via manual enquanto não forem adaptados os sistemas informáticos de prescrição, dispensa e conferência de medicamentos, bem como aprovada a regulamentação da prescrição eletrónica.

2 — A regulamentação da prescrição eletrónica de medicamentos é aprovada pelo membro do Governo Regional responsável pela área da saúde.

Artigo 3.º

Referências

As referências feitas na Lei n.º 11/2012, de 8 de março, ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) entendem-se reportadas na Região Autónoma da Madeira ao Serviço Regional de Saúde (SRS).

Artigo 4.º

Regulamentação

O Governo Regional da Região Autónoma da Madeira adotará as medidas regulamentares necessárias à boa execução do disposto no presente diploma.

Artigo 5.º

Disposição transitória

Mantêm-se em vigor os modelos de receita médica atualmente em uso na Região Autónoma da Madeira até ser aprovada a regulamentação prevista no n.º 2 do artigo 2.º do presente diploma.

Artigo 6.º

Norma revogatória

São revogados os Decretos Legislativos Regionais n.ºs 16/2010/M, de 13 de agosto, e 2/2012/M, de 16 de março, o artigo 2.º do Decreto Legislativo Regional n.º 9/2002/M, de 27 de junho, e demais legislação geral ou especial que contrarie o disposto no presente diploma.

Artigo 7.º

Entrada em vigor

O presente diploma entra em vigor 30 dias após a sua publicação.

Aprovado em sessão plenária da Assembleia Legislativa da Região Autónoma da Madeira em 2 de outubro de 2012.

O Presidente da Assembleia Legislativa, *José Miguel Jardim Olival de Mendonça*.

Assinado em 19 de outubro de 2012.

Publique-se.

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

Decreto Legislativo Regional n.º 30/2012/M

Procede à alteração do regime jurídico aplicável à constituição, organização e funcionamento da Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma da Madeira previsto no Decreto Legislativo Regional n.º 9/2007/M, de 15 de março, adaptando à Região Autónoma da Madeira o regime jurídico previsto no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

O Decreto Legislativo Regional n.º 9/2007/M, de 15 de março, procedeu à criação da Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma da Madeira.

Contudo, considerando a experiência entretanto colhida, revela-se adequado proceder à reformulação do modelo de organização subjacente à prestação de cuidados continuados integrados e paliativos, através da revogação do regime jurídico em vigor e à adaptação do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Sem prejuízo de se manter o espírito original da Rede e da necessária coordenação das áreas da saúde e da segurança social, há que adequar o regime vigente à realidade praticada, acentuando a intervenção dos serviços públicos na prestação do apoio integrado ao internamento de curta e longa duração e na prestação de cuidados paliativos. Esgotada que esteja a capacidade instalada dos serviços públicos, recorrer-se-á à interação com os serviços privados e de solidariedade social, sob a coordenação e supervisão do Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, I. P. — RAM e o Centro de Segurança Social da Madeira ou a entidade sucedânea prevista no Decreto Regulamentar Regional n.º 7/2012/M, de 1 de junho, que prevê a criação do Instituto de Segurança Social da Madeira, I. P. — RAM.

Nesta sequência, importa pois adaptar à Região o referido diploma, reportando às entidades públicas regionais competentes as competências nele imputadas às diversas entidades nacionais.

Assim:

A Assembleia Legislativa da Região Autónoma da Madeira decreta, nos termos do disposto nas alíneas *a*) e *c*) do n.º 1 do artigo 227.º, no n.º 1 do artigo 228.º da Constituição da República Portuguesa, nas alíneas *c*) e *e*) do n.º 1 do artigo 37.º, na alínea *m*) do artigo 40.º e no n.º 1 do artigo 41.º todos do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma da Madeira, aprovado pela Lei n.º 13/91, de 5 de junho, revisto e alterado pelas Leis n.ºs 130/99, de 21 de agosto, e 12/2000, de 21 de junho, no desenvolvimento do regime estabelecido na Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, e no artigo 21.º do Estatuto do Sistema Regional de Saúde, aprovado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 4/2003/M, de 7 de abril, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

O presente diploma procede à alteração do regime jurídico aplicável à constituição, organização e funcionamento da Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma da Madeira, previsto no Decreto Legislativo Regional n.º 9/2007/M, de 15 de março, e adapta à Região Autónoma da Madeira o regime instituído no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, com as adaptações e especificidades decorrentes dos artigos seguintes.

Artigo 2.º

Adaptações de competências

1 — As referências feitas, bem como as competências atribuídas, aos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde consideram-se reportadas na Região ao Secretário Regional dos Assuntos Sociais.

2 — As referências feitas ao Serviço Nacional de Saúde consideram-se reportadas na Região ao Serviço Regional de Saúde.

3 — A referência feita ao Ministro de Estado e das Finanças reporta-se na Região ao Secretário Regional do Plano e Finanças.

4 — As referências feitas às administrações regionais de saúde consideram-se reportadas na Região ao Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, I. P. — RAM.

5 — As referências feitas aos centros distritais de segurança social consideram-se reportadas na Região ao Centro de Segurança Social da Madeira.

Artigo 3.º

Regulamentação

O Governo Regional da Madeira adotará as medidas regulamentares necessárias à boa execução do disposto no presente diploma.

Artigo 4.º

Revogação

São revogados os artigos 7.º a 31.º do Decreto Legislativo Regional n.º 9/2007/M, de 15 de março.

Artigo 5.º

Aplicação progressiva

A componente de financiamento por parte da segurança social no âmbito do regime jurídico definido por este diploma só produzirá efeitos com a publicação do orçamento da segurança social para 2014.

Artigo 6.º

Entrada em vigor

1 — O presente diploma entra em vigor com o Orçamento da Região Autónoma da Madeira, subsequente à sua publicação.

2 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, as equipas e os serviços criados nos termos dos artigos 9.º, 13.º, 14.º, 15.º, 16.º, 17.º, 18.º e 19.º do Decreto Legislativo Regional n.º 9/2007/M, de 15 de março, mantêm-se em vigor até à efetiva implementação da nova estrutura, nos termos do artigo 3.º do presente diploma.

Aprovado em sessão plenária da Assembleia Legislativa da Região Autónoma da Madeira em 2 de outubro de 2012.

O Presidente da Assembleia Legislativa, *José Miguel Jardim Olival de Mendonça*.

Assinado em 19 de outubro de 2012.

Publique-se.

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

Presidência do Governo

Decreto Regulamentar Regional n.º 33/2012/M

Aprova a orgânica da Direção Regional de Florestas e Conservação da Natureza

O Decreto Regulamentar Regional n.º 8/2011/M, de 14 de novembro, ao aprovar a organização e funcionamento do Governo Regional da Madeira, integrou na sua estrutura a Secretaria Regional do Ambiente e dos Recursos Naturais, atribuindo-lhe competências, designadamente nos setores do ambiente e florestas.

Com a regulamentação da orgânica da Secretaria Regional do Ambiente e dos Recursos Naturais, é integrada na administração direta da Região Autónoma da Madeira, no âmbito desta Secretaria Regional, a Direção Regional de Florestas e Conservação da Natureza, nos termos da alínea *c*) do n.º 1 do artigo 4.º do Decreto Regulamentar Regional n.º 2/2012/M, de 13 de março, na redação dada pela Declaração de Retificação n.º 22/2012, de 30 de abril, alterado pelo Decreto Regulamentar Regional n.º 20/2012/M, de 22 de agosto.

Impõe-se, assim, proceder à aprovação da orgânica que a há-de reger.

Assim, nos termos da alínea *d*) do n.º 1 do artigo 227.º e do n.º 6 do artigo 231.º da Constituição da República Portuguesa, das alíneas *c*) e *d*) do artigo 69.º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma da Madeira, aprovado pela Lei n.º 13/91, de 5 de junho, na redação e numeração das Leis n.ºs 130/99, de 21 de agosto, e 12/2000, de 21 de junho, do n.º 1 do artigo 24.º do Decreto Legisla-



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

GOVERNO REGIONAL

SECRETARIA REGIONAL DA INCLUSÃO SOCIAL E CIDADANIA

DIREÇÃO REGIONAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS INTEGRADAS E LONGEVIDADE

PORTARIAS QUE REGULAMENTAM A REDE DE ÂMBITO REGIONAL

- Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho, publicada no JORAM, I série, n.º 114, de 20 de julho de 2018.
- Portaria n.º 424/2019, de 25 de julho, publicada no JORAM, I série, n.º 119, de 25 de julho de 2019.
- Portaria n.º 783/2020, de 4 de dezembro, publicada no JORAM, I série, n.º 229, de 4 de dezembro de 2020.
- Portaria n.º 376/2022 de 19 de julho, publicada no JORAM, I série, n.º 126, de 19 de julho de 2022.





JORNAL OFICIAL

Sexta-feira, 20 de julho de 2018

I

Série

Número 114

Sumário

VICE-PRESIDÊNCIA DO GOVERNO REGIONAL E SECRETARIAS REGIONAIS DA SAÚDE E DA INCLUSÃO E ASSUNTOS SOCIAIS

Portaria n.º 234/2018

Define a estrutura e composição da Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região, abreviadamente designada por REDE, e estabelece as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades e equipas que a integram, bem como os vários níveis de coordenação.

VICE-PRESIDÊNCIA DO GOVERNO REGIONAL

Declaração n.º 3/2018

Mapas I a VIII, modificados em virtude das alterações orçamentais efetuadas até 30 de junho, respeitantes ao Orçamento da Região Autónoma da Madeira para 2018.

Conta provisória da Região Autónoma da Madeira

Conta provisória da Região Autónoma da Madeira de 1 de janeiro a 30 de junho.

SECRETARIA REGIONAL DA INCLUSÃO E ASSUNTOS SOCIAIS

Portaria n.º 235/2018

Altera a Portaria n.º 184/2015, de 7 de outubro, que cria os Polos de Emprego, como unidades de apoio à inserção ou reinserção de jovens e adultos desempregados no mercado de trabalho.

**VICE-PRESIDÊNCIA DO GOVERNO REGIONAL E
SECRETARIAS REGIONAIS DA SAÚDE E DA
INCLUSÃO E ASSUNTOS SOCIAIS****Portaria n.º 234/2018**

de 20 de julho

O Decreto Legislativo Regional n.º 9/2007/M, de 15 de março, procedeu à criação da rede de cuidados continuados integrados da Região Autónoma da Madeira (REDE), como um conjunto de respostas, que visam promover a autonomia dos seus utentes através da prestação integrada de cuidados de saúde e ou de apoio social, e contribuir para a melhoria do acesso, das pessoas com perda de funcionalidades, a cuidados técnica e humanamente adequados.

Por sua vez o Decreto Legislativo Regional n.º 30/2012/M, de 8 de novembro, introduziu alterações ao regime jurídico aplicável à constituição, organização e funcionamento da REDE, previsto no Decreto Legislativo Regional n.º 9/2007/M, de 15 de março, e procedeu à adaptação à Região Autónoma da Madeira do regime jurídico da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

De harmonia com o citado enquadramento legal, a REDE é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços de segurança social, e o seu funcionamento assenta numa ótica de interligação com a rede dos serviços integrados no Serviço Regional de Saúde e a rede de serviços e equipamentos sociais da segurança social, através da articulação de diferentes linhas e modalidades de intervenção nas áreas da saúde e da segurança social.

Por outro lado, o mesmo regime jurídico determina que o financiamento dos serviços a prestar pelas unidades e equipas da REDE deverá depender das condições de funcionamento das respostas, e obedecer ao princípio da diversificação das fontes de financiamento e da adequação seletiva, mediante modelo de financiamento próprio.

Encontra-se ainda consubstanciado no artigo 5.º do Decreto Legislativo Regional n.º 30/2012/M, de 8 de novembro, que o financiamento por parte da segurança social, no âmbito da REDE, tem aplicação progressiva, assim como se prevê no n.º 2 do seu artigo 6.º, a necessidade de implementação de uma nova estrutura da REDE, devendo para tanto o Governo Regional da Madeira, adotar as medidas regulamentares tidas por necessárias para efeito.

Neste contexto, e no sentido de dar concretização à implementação daqueles objetivos, e permitir o desenvolvimento contínuo e sustentado da REDE, a presente portaria define a sua composição e estrutura, as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório, os procedimentos para adesão à REDE pelas instituições do setor social e solidário e demais entidades do setor privado, tendo por referência os requisitos ou condições fixadas a nível nacional, através da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, com as alterações introduzidas pelas Portarias n.ºs 289-A/2015, de 17 de setembro, e 50/2017, de 2 de fevereiro, assim como fixa os preços dos cuidados de saúde e de apoio social em harmonia com o instituído pela Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro, na sua redação atual.

Acresce que a regulamentação objeto da presente portaria não só se torna indispensável e necessária para o bom e regular funcionamento da REDE, assim como reveste cará-

ter de urgência na medida que contribuirá para a prossecução adequada das correspondentes respostas e contribuirá para minimizar os problemas decorrentes das altas clínicas problemáticas com que atualmente se debate o Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E..

Assim, ao abrigo do disposto na alínea d) do artigo 69.º do Estatuto Político Administrativo da Região Autónoma da Madeira, aprovado pela Lei n.º 13/91, de 5 de junho, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 130/99, de 21 de agosto, e pela Lei n.º 12/2000, de 21 de junho, conjugado com o disposto no artigo 3.º do Decreto Legislativo Regional n.º 30/2012/M, de 8 de novembro, no artigo 21.º do Estatuto do Sistema Regional de Saúde, aprovado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 4/2003/M, de 7 de abril, alterado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 23/2008/M, de 23 de junho, na alínea g) do artigo 5.º, e no artigo 18.º do Estatuto do Sistema de Ação Social da Área de Segurança Social na Região Autónoma da Madeira, aprovado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 9/2006/M, de 18 de abril, manda o Governo Regional da Madeira, pela Vice-Presidência do Governo Regional e pelas Secretarias Regionais da Saúde e da Inclusão e Assuntos Sociais, o seguinte:

**CAPÍTULO I
Disposições Gerais****Artigo 1.º****Objeto e âmbito de aplicação**

1. A presente portaria define a estrutura e composição da Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma da Madeira, adiante designada abreviadamente por REDE, e estabelece as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades e equipas que a integram, bem como os vários níveis de coordenação.
2. A presente portaria define ainda o seu modelo de financiamento e fixa os preços dos cuidados prestados naquelas unidades.
3. São ainda regulados os procedimentos relativos às adesões dos serviços e estabelecimentos integrados no Sistema Regional de Saúde (SRS) e das instituições do setor social e do setor privado que adiram à REDE após a entrada em vigor da presente portaria.
4. A presente portaria aplica-se às entidades integradas na REDE.

Artigo 2.º**Composição da rede**

1. A REDE é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo as unidades hospitalares, os centros de saúde, os serviços da segurança social, e autarquias locais.
2. Podem, ainda, integrar a REDE as instituições particulares de solidariedade social, misericórdias, pessoas coletivas de utilidade pública, e entidades privadas que prestem serviços de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de harmonia com as regras legais aplicáveis.

3. As entidades públicas ou privadas referidas nos números anteriores, que sejam responsáveis pela gestão e o funcionamento das unidades e equipas prestadoras de cuidados previstas no artigo 8.º da presente portaria, são designadas por entidade gestora ou promotora.

CAPÍTULO II

Modelo, estrutura, coordenação e gestão da REDE

Artigo 3.º

Modelo de intervenção

1. A REDE baseia-se num modelo de intervenção articulada e integrada dos setores da saúde e da segurança social, visa a prestação de cuidados de saúde e de apoio social, e assenta num plano individual de intervenção, centrado na melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência ou na sua recuperação global, onde os cuidados são entendidos como um processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, garantindo-se a flexibilidade e sequencialidade na articulação nas unidades e equipas de cuidados continuados integrados da REDE.
2. O plano individual de intervenção deverá integrar o diagnóstico das situações do utente, a natureza e periodicidade das intervenções multidisciplinares a desenvolver, de acordo com os objetivos estabelecidos para o utente, especificando as necessidades de intervenção e encaminhando aquele para a adequada unidade de cuidados integrados da REDE.

Artigo 4.º

Estrutura da REDE

1. A REDE organiza-se em dois níveis de coordenação, regional e local, nos termos previstos nos artigos 5.º a 7.º da presente portaria.
2. A estrutura operacional da REDE é constituída pelas unidades e equipas de cuidados continuados integrados, definidas no artigo 8.º da presente portaria.

Artigo 5.º

Coordenação e gestão da REDE

1. A coordenação e gestão regional da REDE é assegurada pela Equipa de Coordenação Regional, adiante denominada abreviadamente por ECR, de constituição multidisciplinar, a designar por um período de três anos, renovável por iguais períodos, por despacho dos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social, sendo constituída por:
 - a) Um representante do Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM (IASAÚDE, IP-RAM);
 - b) Um representante do Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM (ISSM, IP-RAM);
 - c) Um profissional dos serviços de saúde ou da segurança social, de reconhecido mérito na área de gerontologia.
2. A coordenação e gestão local da REDE é assegurada por Equipas de Coordenação Local, adiante de-

signadas abreviadamente por ECL, de preferência de âmbito concelhio ou através da agregação de concelhos por áreas geográficas, de acordo com as necessidades e volume de processos, as quais devem integrar, no mínimo, da área da saúde, um médico e um enfermeiro, e da área social um assistente social, podendo ainda integrar outros profissionais sempre que o volume e a complexidade da atividade o justifiquem.

3. Os elementos que constituem as ECL são designados, mediante parecer da ECR e consoante as áreas de intervenção, pelo Presidente do Conselho Diretivo do IASAÚDE, IP-RAM, e pelo Presidente do Conselho Diretivo do ISSM, IP-RAM, por um período de três anos, renovável por iguais períodos.

Artigo 6.º

Competências e modo de funcionamento da Equipa de Coordenação Regional

1. Incumbe à ECR a coordenação a nível regional da REDE, assegurando o seu planeamento, a gestão, o controlo, e a sua avaliação, competindo-lhe, designadamente:
 - a) Assegurar o funcionamento adequado da REDE, promovendo para o efeito a articulação necessária das ECL;
 - b) Recolher e avaliar de forma permanente toda a informação relativa à oferta e procura das respostas integradas na REDE, nomeadamente no que se refere a admissões, demoras médias e altas em cada nível da mesma;
 - c) Consolidar as propostas de respostas necessárias e os planos de ação anuais para o desenvolvimento da REDE, a sua adequação periódica às necessidades e submetê-los à aprovação dos membros do Governo Regional competentes em matéria da saúde e de segurança social;
 - d) Orientar e verificar a consolidação dos planos orçamentados de ação anuais e respetivos relatórios de execução;
 - e) Propor aos membros do Governo Regional competentes em matéria da saúde e da segurança social a adoção das medidas normativas necessárias à prossecução dos objetivos da REDE;
 - f) Promover a celebração de acordos ou protocolos com entidades públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos, ao abrigo da legislação em vigor, para implementação e funcionamento das unidades e equipas que se propõem integrar a REDE;
 - g) Incentivar e promover a formação específica e permanente dos diversos profissionais envolvidos na prestação dos cuidados continuados integrados, bem como a formação de cuidados informais;
 - h) Propor a exclusão da REDE, aos membros do Governo Regional competentes em matéria da saúde e da segurança social, das entidades públicas ou privadas que não cumpram os requisitos previstos no presente diploma, na demais legislação aplicável ou nos acordos, ou protocolos celebrados com as mesmas;
 - i) Promover a avaliação da qualidade do funcionamento, dos processos e dos resultados das

unidades e equipas da REDE, e propor as medidas corretivas consideradas convenientes para o bom funcionamento das mesmas;

- j) Gerir o sistema de informação que suporta a gestão da REDE;
- k) Promover a divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da REDE.

- 2. O modo de funcionamento da ECR consta de regulamento interno, o qual é aprovado pelos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social.

Artigo 7.º

Competências das Equipas de Coordenação Local

- 1. As ECL articulam-se com a ECR, e asseguram a nível local a gestão, o acompanhamento, e a avaliação da REDE, bem como a articulação e coordenação dos respetivos recursos e atividades, competindo-lhes, nomeadamente, o seguinte:
 - a) Promover a admissão e encaminhamento no âmbito da REDE, mediante a avaliação da situação de cada utente, em função das necessidades identificadas no plano individual de intervenção;
 - b) Elaborar, supervisionar e orientar o plano individual de intervenção para cada utente, em articulação com as equipas prestadoras;
 - c) Designar, dentre os elementos da equipa, um gestor de caso, que será o elemento de referência do utente admitido;
 - d) Organizar um processo individual de cuidados continuados, que corresponde ao conjunto de informação respeitante a cada utente em situação de dependência;
 - e) Proceder à alta do utente da unidade, sempre que estejam reunidos os requisitos necessários, e providenciar a admissão do utente nouro tipo de serviço ou a preparação do seu regresso, com mais autonomia, ao domicílio;
 - f) Manter atualizada a informação relativa ao número e características dos utentes, serviços e estabelecimentos existentes no âmbito da respetiva área de atuação;
 - g) Assegurar a divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, o número e a localização das respostas existentes na respetiva área de atuação;
 - h) Manter os restantes níveis de coordenação informados sobre o acesso e o movimento na respetiva área de atuação;
 - i) Identificar as necessidades e propor à ECR ações para a cobertura das mesmas;
 - j) Elaborar os planos de ação e respetivos relatórios de execução e submete-los à ECR;
 - k) Apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos de prestação de serviços relativos à REDE;
 - l) Acompanhar a programação da alta hospitalar, em articulação com a equipa de gestão de altas, identificando a necessidade de cuidados continuados integrados dos utentes, encaminhando-os para o respetivo nível da REDE;
 - m) Manter atualizado o sistema de informação que suporta a gestão da REDE.
 - n) Assegurar a atualização de toda a informação relativa aos respetivos utentes.

- 2. O modo de funcionamento das ECL consta de regulamento interno, o qual é submetido à apreciação e parecer da ECR, e é aprovado pelas entidades referidas no n.º 3 do artigo 5.º da presente portaria.

CAPÍTULO III

Tipologia da REDE

Artigo 8.º

Tipo de Serviços

- 1. A prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por:
 - a) Unidades de internamento;
 - b) Unidades de ambulatório;
 - c) Equipas hospitalares;
 - d) Equipas domiciliárias.
- 2. Constituem unidades de internamento:
 - a) Unidades de convalescença (UC);
 - b) Unidades de média duração e reabilitação (UMDR);
 - c) Unidades de longa duração e manutenção (ULDM);
- 3. As unidades de internamento referidas no número anterior prestam cuidados de saúde e de apoio social, na sequência de doença aguda ou da necessidade de prevenção de agravamentos de doença crónica, centrados na reabilitação, readaptação, e manutenção, a pessoas que se encontram em situação de dependência, com vista à sua integração sócio familiar.
- 4. Constitui unidade de ambulatório, a unidade de dia e de promoção da autonomia (UDPA).
- 5. São equipas hospitalares as equipas de gestão de altas (EGA).
- 6. São equipas domiciliárias as equipas de cuidados continuados integrados (ECCI);

SECÇÃO I

Unidades de internamento

Artigo 9.º

Unidade de convalescença

- 1. A UC é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital, ou noutra instituição, articulada com um hospital, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.
- 2. A UC tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos.
- 3. A UC destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão.
- 4. A UC pode coexistir simultaneamente com a unidade de média e longa duração e reabilitação.

Artigo 10.º

Serviços da unidade de convalescença

A UC assegura, sob a direção de um médico, designadamente:

- a) Cuidados médicos permanentes;
- b) Cuidados de enfermagem permanentes;
- c) Exames complementares de diagnóstico, laboratoriais, e radiológicos próprios ou contratados;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Cuidados de fisioterapia e reabilitação;
- f) Apoio psicossocial;
- g) Higiene, conforto e alimentação;
- h) Convívio e lazer.

Artigo 11.º

Unidade de média duração e reabilitação

1. A UMDR é uma unidade de internamento, de carácter temporário, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia preferencialmente recuperável.
2. A UMDR tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação, e a reabilitação integral da pessoa que se encontre na situação prevista no número anterior.
3. O período de internamento na UMDR tem uma previsibilidade superior a 30 dias e inferior 90 dias consecutivos por cada admissão.
4. A UMDR pode coexistir com a UC ou com a ULDM.
5. A UMDR pode diferenciar-se na prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e sociais a pessoas com patologias específicas.

Artigo 12.º

Serviços da unidade de média duração e reabilitação

A UMDR é gerida por um técnico da área da saúde ou da área psicossocial e assegura, designadamente:

- a) Cuidados médicos diários;
- b) Cuidados de enfermagem permanentes;
- c) Cuidados de fisioterapia, reabilitação e de terapia ocupacional;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Apoio psicossocial;
- f) Higiene, conforto e alimentação;
- g) Convívio e lazer.

Artigo 13.º

Unidade de longa duração e manutenção

1. A ULDM é uma unidade de internamento, de carácter temporário, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.
2. A ULDM tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da si-

tuação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos.

3. A ULDM pode proporcionar o internamento, por período inferior ao previsto no número anterior, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.

Artigo 14.º

Serviços da unidade de longa duração e manutenção

A ULDM é gerida por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e assegura, designadamente:

- a) Atividades de manutenção e de estimulação;
- b) Cuidados de enfermagem diários;
- c) Cuidados médicos;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Apoio fisiátrico periódico;
- f) Cuidados de fisioterapia, reabilitação e de terapia ocupacional;
- g) Animação sociocultural;
- h) Higiene, conforto e alimentação;
- i) Apoio no desempenho das atividades da vida diária;
- j) Apoio psicossocial.

SECÇÃO II

Unidade de ambulatório

Artigo 15.º

Unidade de dia e de promoção da autonomia

1. A UDPA é uma unidade para a prestação de cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatorio, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.
2. A UDPA deve articular-se com unidades da REDE, ou com respostas sociais já existentes, em termos a definir.
3. A UDPA funciona 8 horas por dia, no mínimo nos dias úteis.

Artigo 16.º

Serviços da unidade de dia e promoção da autonomia

A UDPA assegura, designadamente:

- a) Cuidados de manutenção e de estimulação;
- b) Cuidados médicos;
- c) Cuidados de reabilitação e de enfermagem;
- d) Controle fisiátrico periódico;
- e) Apoio psicossocial;
- f) Animação sociocultural;
- g) Alimentação;
- h) Higiene pessoal, quando necessária.

SECÇÃO III

Equipas hospitalares

Artigo 17.º

Equipa de gestão de altas

1. A EGA é uma equipa hospitalar multidisciplinar, sediada em hospital integrado no Sistema Regional

de Saúde, que avalia e confirma a proposta de referência dos utentes para as unidades e equipas da REDE.

2. As equipas referidas no número anterior fazem o planeamento da alta relativamente a todos os doentes que necessitem de cuidados continuados integrados, imediatamente após um internamento hospitalar, bem como a todos os doentes que apresentem um grau de dependência que não lhes permita o regresso ao domicílio em condições de segurança ou aqueles em que seja necessária uma avaliação mais precisa do grau de dependência.
3. As EGA integram, um médico, um enfermeiro, e um assistente social, podendo integrar outros profissionais, nomeadamente, para apoio administrativo, sempre que se justificar face ao volume e a complexidade das respetivas atividades.
4. Os profissionais que integram as EGA são designados pelo conselho de administração do hospital e exercem as suas funções preferencialmente em regime de tempo inteiro.
5. Quando, em função da dimensão da área de intervenção, não for possível ou adequado que todos os profissionais se encontrem a tempo inteiro, devem ser fixados horários ajustados que garantam o normal funcionamento da EGA, os quais devem constar do respetivo regulamento interno.
6. À EGA devem ser sinalizados, pelo serviço onde se encontram internados, todos os doentes que necessitem de cuidados continuados integrados, para proceder a um planeamento articulado e atempado
7. Em cada hospital integrado no Sistema Regional de Saúde deve existir uma EGA.

Artigo 18.º

Serviços da equipa de gestão de altas

A EGA assegura, designadamente:

- a) A articulação com as equipas terapêuticas hospitalares para programação de altas hospitalares;
- b) O encaminhamento dos pedidos de admissão para a REDE, através da ECL;
- c) O encaminhamento para outras respostas e serviços da comunidade que se revelem necessários e adequados à problemática de saúde e social dos utentes.

SECÇÃO IV

Equipas domiciliárias

Artigo 19.º

Equipa de cuidados continuados integrados

1. A ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, vocacionada para a prestação de serviços domiciliários, com caráter transitório, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação, e apoio social ou outros a pessoas em situação de dependência funcional, ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.

2. A ECCI apoia-se nos recursos locais disponíveis em cada centro de saúde, conjugados com a entidade que presta apoio social.
3. A ECCI organiza-se em equipas móveis e garante a prestação de cuidados multidisciplinares centrados na promoção do autocuidado, envolvendo os utentes e seus familiares, favorecendo a permanência no domicílio, por forma a retardar a progressão da doença, a hospitalização e a perda de autonomia.
4. As equipas de cuidados continuados integrados são constituídas no âmbito das unidades de cuidados na comunidade.

Artigo 20.º

Serviços da equipa comunitária de cuidados continuados integrados

A ECCI assegura, designadamente:

- a) Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas, e regulares e ter por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa;
- b) Cuidados de reabilitação e fisioterapia;
- c) Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- d) Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- e) Apoio na satisfação das necessidades básicas;
- f) Apoio no desempenho das atividades instrumentais da vida diária.

CAPÍTULO IV

Acesso e ingresso na REDE

Artigo 21.º

Referenciação para unidades e equipas da REDE

1. Sem prejuízo do disposto no artigo 31.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto-lei n.º 136/2015, de 28 de julho, para as unidades e equipas da REDE podem ser referenciadas as pessoas com limitação funcional, em processo de doença crónica ou na sequência de doença aguda, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida e com necessidades de cuidados de saúde e de apoio social.
2. São ainda condições gerais de admissão em todas as tipologias da REDE as seguintes situações:
 - a) A alimentação entérica;
 - b) O tratamento de úlceras de pressão e ou feridas;
 - c) A manutenção e tratamento de estomas;
 - d) A terapêutica parentérica;
 - e) As medidas de suporte respiratório, designadamente, a oxigenoterapia ou a ventilação assistida não invasiva;
 - f) Ajuste terapêutico e ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada.
3. Para a UC são também critérios de referenciação as situações que, na sequência de episódio de doença aguda, impliquem perda de funcionalidade transitória, e careçam de cuidados de saúde que, pela sua complexidade e duração não possam ser prestados

- no domicílio com previsibilidade de recuperação ou ganhos funcionais atingíveis até 30 dias consecutivos que requeiram:
- Cuidados médicos diários e de enfermagem permanentes;
 - Reabilitação funcional intensiva;
4. Para a UMDR, para além do disposto no n.º 2 da presente portaria, são critérios de referenciação as situações que na sequência de doença aguda ou reagudização de doença crónica, impliquem perda de funcionalidade, careçam de continuidade de cuidados de saúde, reabilitação funcional e apoio social e pela sua complexidade ou duração não possam ser assegurados no domicílio com previsibilidade de ganhos funcionais atingíveis até 90 dias consecutivos, que requeiram:
- Cuidados médicos diários, de enfermagem, permanentes;
 - Reabilitação funcional;
5. Para além do disposto no n.º 2, são critérios de referenciação para a ULDM as situações que impliquem a prestação de cuidados de apoio social, continuação de cuidados de saúde e manutenção do estado funcional, que pela sua complexidade ou duração, não possam ser assegurados no domicílio e tenham necessidade de internamento num período superior a 90 dias consecutivos que requeiram:
- Cuidados médicos regulares e cuidados de enfermagem permanentes;
 - Reabilitação funcional de manutenção;
 - Internamento em situações temporárias por dificuldade de apoio familiar e necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano, desde que satisfeitas as circunstâncias e critérios de referenciação enunciados no n.ºs 1 e 2 deste artigo.
6. São critérios de referenciação para UDPA as situações que necessitam de prestação de cuidados de apoio social, saúde, promoção da autonomia ou manutenção do estado funcional de pessoas que podendo permanecer no domicílio não podem aí ver assegurados esses cuidados face à sua complexidade ou duração.
7. As ECCI destinam-se a pessoas em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, cujo critério de referenciação assenta na fragilidade, limitação funcional grave condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação de cuidados continuados integrados que requeiram:
- Frequência de prestação de cuidados de saúde superiores a uma vez por dia, ou, a prestação de cuidados de saúde superior a 1 hora e trinta minutos por dia, no mínimo de três dias por semana;
 - Cuidados além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins-de-semana e feriados;
 - Complexidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação ao nível da reabilitação;
 - Necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal.
8. Consideram-se critérios de não admissão em unidades e equipas da REDE, as pessoas:
- Com episódio de doença em fase aguda;
 - Com necessidade exclusiva de apoio social;
 - Cujo objetivo de internamento seja o estudo de diagnóstico;
 - Cujo regime terapêutico inclua antibióticos de uso exclusivo hospitalar;
 - Com necessidades de cuidados paliativos.

Artigo 22.º
Processo de referenciação

- Os profissionais de saúde dos hospitais, designadamente, médicos, enfermeiros e assistentes sociais, referenciam as pessoas com critérios clínicos para potencial ingresso na REDE, de acordo com a seguinte informação:

 - Diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doença;
 - Registo de comorbilidades;
 - Classificação do grau de funcionalidade segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade, e Saúde;
 - Avaliação médica, de enfermagem, do serviço social e qualquer outra informação relevante;
 - Proposta da tipologia de cuidados da REDE.

- A referenciação pode ser realizada desde o início do internamento até quatro dias antes da data prevista da alta.
- A EGA receciona a proposta de referenciação e no prazo de dois dias úteis, avalia e confirma toda a informação até ao momento da alta, designadamente:

 - Informação da situação clínica e medicação;
 - Indicação das necessidades em cuidados;
 - Informação do serviço social;
 - Informação dos meios complementares de diagnóstico, e terapêutica realizados;
 - Anotações sobre o programa de seguimento do utente e de marcações de próximas consultas ou exames complementares com identificação do responsável pelo seguimento quando aplicável.

- Sempre que o utente seja proveniente da comunidade, nomeadamente, do domicílio a referenciação é efetuada, com as devidas adaptações, pelos profissionais das unidades de saúde familiar e das unidades de cuidados de saúde personalizados sendo aplicável o procedimento previsto no n.º 1 do presente artigo.
- Os profissionais de saúde que prestam cuidados na comunidade sinalizam às unidades de saúde referidas no número anterior, os doentes com potencial de referenciação.
- Os profissionais de saúde que integram as unidades de saúde familiar ou das unidades de cuidados de saúde primários enviam à ECL a proposta de referenciação no prazo máximo de cinco dias, após o início da referenciação.
- A ECL valida a proposta de referenciação e a tipologia adequada.

8. Na referência do utente para unidade ou equipa deve ter-se em conta a proximidade da área do domicílio do utente, relativamente à unidade ou equipa e sempre que possível ter em consideração a sua preferência.

Artigo 23.º

Processo de admissão nas unidades e equipas

1. A admissão de utentes nas unidades e equipas é precedida de proposta de referência dos profissionais de saúde dos hospitais e dos cuidados de saúde primários.
2. A ECR determina, no prazo máximo de dois dias úteis, a alocação de vaga do utente em unidade ou equipa da REDE, na medida dos recursos e vagas existentes.
3. A admissão do utente na unidade ou equipa da REDE efetiva-se no prazo de 48 horas.
4. Para efeitos de admissão nas unidades de internamento e equipas domiciliárias da REDE é necessário obter o prévio consentimento informado por parte do utente e ou dos seus familiares, ou do seu representante legal.
5. Para além do documento referido no número anterior, a admissão nas UMDR, ULDM e UDPA, carece ainda da assinatura do termo de aceitação das situações de comparticipação do utente e da tomada de conhecimento da necessidade de celebração de contrato de prestação de serviços com a entidade gestora ou promotora, no momento da admissão, em conformidade com a legislação aplicável.
6. As unidades e equipas prestadoras, após admissão do utente podem, sempre que necessário, solicitar à ECR a sua reavaliação.

CAPÍTULO V

Continuidade de cuidados integrados, prorrogação, mobilidade e alta

Artigo 24.º

Continuidade da prestação de cuidados

1. Para a concretização dos objetivos terapêuticos, a continuidade da prestação de cuidados a cada utente deve ser reavaliada quinzenal ou mensalmente pela unidade, conforme se trate de UC ou de UMDR, e trimestralmente, de ULDM, e mensalmente na UDPA e nas equipas domiciliárias, salvaguardando-se sempre nas diferentes tipologias as eventuais avaliações intercalares que sejam necessárias.
2. Nas situações em que os utentes internados em unidades ou integrados em equipas de cuidados continuados integrados da REDE careçam de cuidados em hospital integrado no Sistema Regional de Saúde, por período superior a 24 horas, pode ocorrer reserva de lugar, por um período de oito dias, contando os dias de reserva para a determinação da taxa de ocupação da unidade.
3. Sem prejuízo do disposto no número anterior, em situações excecionais devidamente comprovadas e

justificadas do ponto de vista clínico, o período de oito dias de reserva de lugar pode ser alargado até ao máximo de doze dias, com autorização da respetiva ECL.

Artigo 25.º

Procedimentos de prorrogação, mobilidade e alta

1. Sempre que esgotados os prazos de internamento ou de integração nas ECCI, fixados no artigo 21.º da presente portaria, e se não atingidos os objetivos terapêuticos, pode haver lugar a pedido de prorrogação do internamento do utente ou pode haver necessidade de mobilidade do utente para outra unidade de internamento ou equipa mais adequada à melhoria ou recuperação da sua situação clínica e social.
2. Para efeitos de prorrogação do internamento nas circunstâncias enunciadas no número anterior, a unidade elabora proposta fundamentada, até 5 dias antes do período máximo previsto, a qual submete a autorização da ECR.
3. A ECL assegura, sob prévia autorização da ECR, sempre que excedidos os períodos de tempo máximo previstos para a unidade da REDE e após reavaliação da situação a continuidade do utente na respetiva unidade.
4. Sempre que considerada a necessidade de mobilidade por transferência do utente, deve a unidade ou equipa elaborar proposta fundamentada à ECL da área de influência da unidade para respetiva validação.
5. A mobilidade por transferência do utente deve ter em consideração o critério de proximidade ao domicílio deste, sendo prioritária em relação aos utentes em lista de espera para admissão na REDE.
6. Para efeitos do disposto no número anterior, e caso não haja coincidência entre o domicílio do utente e a área geográfica da unidade ou equipa, compete a ECL da área da unidade articular-se com a ECR com vista à observância do critério de proximidade.
7. Os utentes internados em unidade, quando agudizam e carecem de cuidados em hospital integrado no Sistema Regional de Saúde, por período temporal superior ao determinado nos n.ºs 2 e 3 do artigo anterior, beneficiam de prioridade na readmissão na REDE.
8. A preparação da alta é da responsabilidade da unidade em colaboração com a ECL, devendo ser iniciada com uma antecedência que permita a continuidade de cuidados.

CAPÍTULO VI

Organização da REDE

Artigo 26.º

Organização

1. As unidades ou equipas da REDE, previstas no artigo 8.º da presente portaria, são criadas por despacho dos membros do Governo Regional competen-

tes em matéria de saúde e segurança social, mediante proposta da ECR, a partir da adaptação ou reconversão das estruturas já existentes, ou a criar, e vocacionadas para dar resposta aos objetivos da REDE.

2. Em função das necessidades e com vista ao aproveitamento integral dos recursos locais, as unidades e equipas da REDE podem ser organizadas e combinadas de forma mista, desde que assegurem os respetivos espaços, equipamentos, e outros recursos específicos de cada resposta, sem prejuízo da eficaz e eficiente prestação contínua e integrada de cuidados.
3. As unidades e equipas da REDE, segundo as características e o volume de necessidades, podem diferenciar-se de acordo com diferentes patologias e organizar-se internamente conforme os graus de dependência das pessoas.

Artigo 27.º
Instrumentos de utilização comum

1. A gestão da REDE assenta num sistema de informação a criar nos termos legais.
2. É obrigatória a existência, em cada unidade ou equipa, de um processo individual de cuidados continuados da pessoa em situação de dependência, nos termos do artigo 36.º da presente portaria.
3. Os instrumentos de utilização comum devem permitir a gestão uniforme dos diferentes níveis de coordenação da REDE.

Artigo 28.º
Funcionamento das unidades

1. As unidades referidas nos artigos 9.º a 16.º da presente portaria dispõem de um regulamento interno de funcionamento que contém, designadamente, os seguintes elementos:
 - a) Direção técnica, direção clínica e mapa de pessoal, no qual seja indicado o número de profissionais por categoria, bem como o correspondente número de horas a afetar à unidade;
 - b) Direitos e deveres dos utentes e seus familiares ou cuidadores informais;
 - c) Serviços e cuidados disponíveis;
 - d) Condições de pagamento do valor/dia dos respetivos encargos, por parte do utente.
 - e) Condições do depósito de bens do utente;
 - f) Condições de admissão, mobilidade, alta e reserva de lugar;
 - g) Horários de funcionamento, nomeadamente, horário das refeições;
 - h) Gestão de reclamações;
 - i) Demais regras de funcionamento.
2. O regulamento interno é elaborado pela entidade promotora ou gestora da unidade, e antes da entrada em funcionamento da unidade, é enviado à ECR para aprovação, a efetuar no prazo de 30 dias úteis, contados da data de receção do mesmo.

Artigo 29.º
Funcionamento das equipas domiciliárias

1. A prestação de cuidados pelas equipas domiciliárias exige uma avaliação multidisciplinar das necessidades do utente e implica a elaboração de um plano individual de intervenção.
2. As condições de funcionamento das equipas domiciliárias constam de carta de compromisso a celebrar entre os centros de saúde e os competentes serviços do ISSM, IP-RAM, sem prejuízo da existência de regulamentos internos respetivos.

Artigo 30.º
Processo individual do utente

1. As unidades e equipas que integram a REDE devem organizar o processo individual de cuidados continuados (PICC) em suporte informático ou em papel, que inclui, designadamente:
 - a) Identificação do utente;
 - b) Data de admissão;
 - c) Identificação e contacto do médico assistente;
 - d) Identificação e contacto do "Gestor de Caso" da unidade ou da equipa da REDE;
 - e) Identificação e contactos dos familiares, cuidadores informais e representante legal quando exista;
 - f) Cópia do Consentimento Informado e do Termo de Aceitação, quando aplicável;
 - g) Contrato de prestação de serviços;
 - h) Plano individual de intervenção;
 - i) Registos relativos à evolução do estado de saúde do utente no âmbito dos respetivos planos individuais de cuidados;
 - j) Nota de alta.
2. O PICC do utente deve ser permanente atualizado, e no que respeita a registo de observações, prescrições, administração de terapêutica, e a prestação de serviços e cuidados, deve ser anotada a data e a hora em que foram realizados, bem como a identificação do seu autor.
3. O PICC é de acesso restrito nos termos da legislação aplicável.
4. As unidades e equipas que integram a REDE asseguram o arquivo do PICC, em conformidade com a legislação vigente.

Artigo 31.º
Acesso à informação

1. As unidades que integram a REDE devem ter disponível e em local bem visível e de fácil acesso a seguinte informação e documentos:
 - a) Licença ou autorização de funcionamento;
 - b) Horário de atendimento;
 - c) Identificação do diretor técnico;
 - d) Identificação do diretor clínico e do enfermeiro coordenador;
 - e) Horário de funcionamento, incluindo o horário das visitas;
 - f) Plano e horário das atividades;

- g) Mapa semanal das ementas;
- h) Referência à existência de regulamento interno e de livro de reclamações.

2. As unidades devem ser identificadas mediante afixação de placa identificativa com logótipo da REDE e respetiva tipologia, em conformidade com as regras definidas pelas entidades competentes.

CAPÍTULO VII Qualidade e avaliação

Artigo 32.º Promoção e garantia da qualidade

Os modelos de promoção e gestão da qualidade são fixados por despacho dos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social e assentam em métodos de medição, análise e melhoria contínua, sendo de aplicação obrigatória em cada uma das unidades ou equipas da REDE.

Artigo 33.º Avaliação

As unidades e equipas que integram a REDE estão sujeitas a um processo periódico de avaliação da iniciativa da ECR, nos termos a regulamentar por despacho dos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social.

CAPÍTULO VIII Recursos

Artigo 34.º Recursos Humanos

1. A política de recursos humanos para as unidades e equipas da REDE rege-se por padrões de qualidade, consubstanciada através de formação inicial e contínua.
2. A prestação de cuidados nas unidades e equipas da REDE é garantida por equipas multidisciplinares com dotações adequadas à garantia de uma prestação de cuidados seguros e de qualidade.
3. De forma a assegurar níveis adequados de qualidade na prestação dos cuidados, e enquanto não forem estabelecidos rácios padrão adequados à complexidade de cuidados, as unidades e equipas da REDE poderão seguir, consoante as suas dimensões, as recomendações mencionadas no Anexo IV da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, com as alterações introduzidas pelas Portarias n.ºs 289-A/2015, de 17 de setembro, e 50/2017, de 2 de fevereiro, sem prejuízo das especificidades que venham a ser aprovadas pelas entidades regionais competentes.
4. As unidades e equipas da REDE podem, ainda, contar com a colaboração de voluntários devidamente selecionados, formados e enquadrados como prestadores de cuidados informais.

CAPÍTULO IX Instalações, licenciamento, fiscalização e funcionamento das unidades da REDE

Artigo 35.º Licenciamento, fiscalização e funcionamento

1. As instalações das unidades da REDE devem estar em conformidade com a legislação comunitária, nacional e regional vigente.
2. O regime jurídico do licenciamento e fiscalização das unidades que integram a REDE é estabelecido em diploma próprio.
3. A definição e caracterização dos espaços necessários ao desenvolvimento das atividades das unidades da REDE, assim como as condições de funcionamento são as fixadas pela Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, assim como as instalações devem estar dotadas com os requisitos técnicos definidos nos Anexos I, II, e III daquela portaria, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro, sem prejuízo das especificidades que venham a ser aprovadas pelas entidades regionais competentes.
4. Para efeitos do disposto nos números anteriores mantêm-se válidas as licenças das unidades emitidas ao abrigo da legislação vigente antes da entrada em vigor da presente portaria.

CAPÍTULO X Adesão à REDE

Artigo 36.º Pedido de Adesão

1. O pedido de adesão, por parte das entidades promotoras e gestoras referidas no n.º 2 do artigo 2.º da presente portaria, que ainda não integrem a REDE, formaliza-se mediante o preenchimento de formulário a aprovar por despacho dos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social, e que será disponibilizado no sítio da Internet do ISSM, IP-RAM e do IA-SAÚDE IP-RAM.
2. O formulário a que se refere o número anterior deve ser devidamente preenchido e assinado por quem tenha competência para o ato, nos termos legais, e entregue na ECR.

Artigo 37.º Processo de Adesão

1. Instruído o pedido de adesão, a ECR aprecia e emite parecer sobre a admissão da candidatura, no prazo de trinta dias úteis contados da data de receção do pedido, tendo em conta o seguinte:
 - a) Cobertura territorial de acordo com os rácios definidos, pelos organismos competentes, para cada uma das tipologias da REDE;
 - b) Adequabilidade da intervenção proposta face ao disposto no presente diploma.

2. Para efeitos do disposto no número anterior, a ECR deve obrigatoriamente promover a participação dos competentes serviços do ISSM IP-RAM, e do IASAÚDE, IP-RAM, nas decisões a tomar.
3. Na sequência da emissão de parecer favorável, deve a entidade promotora ou gestora proceder à entrega dos seguintes documentos:
 - a) Planta de localização;
 - b) Planta de implantação do/s edifício/s;
 - c) Planta de todos os pisos onde se localiza a unidade, incluindo os espaços partilhados, com indicação dos equipamentos;
 - d) Estudo prévio de arquitetura e das especialidades de engenharia com escala tecnicamente adequada, nos termos da legislação em vigor.

Artigo 38.º
Instrução do processo

Na sequência da emissão do parecer favorável referido no artigo anterior, a entidade promotora procede à entrega dos documentos instrutórios junto do IASAÚDE, IP-RAM e do ISSM, IP-RAM, consoante a tipologia das unidades e em conformidade com a legislação em vigor.

Artigo 39.º
Decisão

A decisão sobre a adesão à REDE compete aos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social, sob proposta da ECR e fundamentada nos pareceres favoráveis do ISSM IP-RAM, e do IASAÚDE, IP-RAM.

Artigo 40.º
Celebração de contrato

1. A adesão formaliza-se com a celebração de contrato, em modelo próprio a aprovar pelos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social, entre a entidade gestora ou promotora e o IASAÚDE, IP-RAM, salvo o disposto no número seguinte.
2. Quando se trate de unidades de internamento de média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e de ambulatório, o contrato referido no número anterior é celebrado entre a entidade gestora ou promotora, o IASAÚDE, IP-RAM e o ISSM, IP-RAM.

CAPÍTULO XI
Financiamento da REDE

Artigo 41.º
Financiamento

O financiamento da REDE depende das condições de funcionamento das respetivas respostas e obedece ao princípio da diversificação das fontes de financiamento e da adequação seletiva, mediante modelo de financiamento próprio nos termos previstos nos artigos seguintes da presente portaria.

Artigo 42.º
Modelo de Financiamento

1. Os encargos decorrentes do funcionamento das respostas da REDE são repartidos pelos setores da

saúde e da segurança social em função da tipologia dos cuidados prestados, nos seguintes termos:

- a) As unidades de convalescença são integralmente da responsabilidade do IASAÚDE, IP-RAM;
 - b) As unidades, de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção, de dia e promoção da autonomia, e as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados, são da responsabilidade dos dois setores em função da natureza dos cuidados prestados.
2. O financiamento de cada tipo de serviços é específico, com preços adequados, para assegurar a sustentabilidade e a prestação de cuidados com qualidade.
 3. O financiamento das diferentes unidades e serviços da REDE deve ser diferenciado através de um centro de custo próprio para cada tipo de serviço.
 4. Os encargos com a prestação de cuidados continuados de saúde são da responsabilidade do IASAÚDE, IP-RAM e os encargos com a prestação de cuidados de apoio social são da responsabilidade do ISSM, IP-RAM.
 5. A utilização das unidades de internamento, de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção, da REDE, é comparticipada pela pessoa na situação de dependência em função do seu rendimento nos termos dos artigos 47.º e 48.º da presente portaria.
 6. A utilização das unidades de dia e promoção de autonomia e equipas de cuidados continuados integrados da REDE poderá ser comparticipada pela pessoa na situação de dependência, nos termos a regulamentar por portaria conjunta dos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde, segurança social e finanças.

Artigo 43.º
Preços dos cuidados de saúde e de apoio social

1. Os preços para a prestação dos cuidados de saúde e de apoio social nas unidades de internamento e de ambulatório no âmbito da REDE são fixados, sem prejuízo do disposto no n.º 4 do presente artigo, na tabela de preços prevista no anexo à presente portaria que dela faz parte integrante.
2. Os preços são fixados por dia e por utente, e compreendem todos os cuidados e serviços contratualizados, com exceção dos encargos referidos no n.º 4.
3. Os encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde são da responsabilidade do IASAÚDE, IP-RAM, e os encargos decorrentes da prestação dos cuidados de apoio social são da responsabilidade do utente, havendo o direito à comparticipação da segurança social, nos termos do artigo 45.º da presente portaria.
4. O valor correspondente aos cuidados prestados no âmbito das unidades da REDE a beneficiários do Serviço Regional de Saúde, quando haja um terceiro responsável, legal ou contratualmente, ou a não beneficiários do Serviço Regional de Saúde é co-

brado diretamente aos respetivos responsáveis, nos termos da tabela de preços referida no n.º 1 do presente artigo.

5. Para efeitos do disposto no número anterior, os subsistemas de saúde devem acordar com as entidades prestadoras integradas na REDE, nomeadamente com as instituições do setor privado e do setor social, os procedimentos a observar no âmbito da identificação dos beneficiários e da elaboração, processamento e pagamento da faturação.

Artigo 44.º

Encargos com fraldas

1. Os encargos decorrentes da utilização de fraldas nas ULDM integradas na REDE são objeto de comparticipação do ISSM, IP-RAM, fixado por dia efetivo de internamento e por utente, nos termos da tabela que constitui o anexo à presente portaria que dela faz parte integrante.
2. Ao utente não pode ser exigido pela ULDM qualquer quantia pelos encargos decorrentes da utilização de fraldas.

Artigo 45.º

Comparticipação da segurança social

1. A comparticipação da segurança social tem lugar sempre que o valor a pagar pelo utente, determinado nos termos do artigo 48.º da presente portaria, não assegure a totalidade dos encargos com a prestação dos cuidados de apoio social nas unidades de média duração e reabilitação e unidades de longa duração e manutenção, fixados na tabela de preços, referida no artigo 43.º da presente portaria.
2. O valor da comparticipação da segurança social corresponde ao diferencial entre os encargos com a prestação dos cuidados de apoio social e o valor a pagar pelo utente, nos termos referidos no número anterior.
3. A comparticipação da segurança social devida ao utente é transferida diretamente para entidade gestora ou promotora da respetiva unidade, pelos serviços competentes do ISSM, IP-RAM.

Artigo 46.º

Rendimentos a considerar

1. Os rendimentos a considerar na determinação do valor a pagar pelo utente, para efeitos do disposto no artigo 45.º da presente portaria, são os seguintes:
 - a) Rendimentos do trabalho dependente;
 - b) Rendimentos empresariais e profissionais;
 - c) Rendimentos de capitais;
 - d) Rendimentos prediais;
 - e) Incrementos patrimoniais;
 - f) Pensões;
 - g) Subsídio mensal vitalício;
 - h) Prestações sociais substitutivas dos rendimentos do trabalho, designadamente, subsídios de desemprego, doença, maternidade e paternidade;

- i) Outras prestações sociais atribuídas, complementarmente, a pessoas idosas ou em situação de dependência, nomeadamente:
 - i. Complemento solidário para idosos;
 - ii. Complemento por cônjuge a cargo;
 - iii. Complemento por dependência;
 - iv. Complemento extraordinário de solidariedade.

2. Para efeitos do disposto no número anterior, consideram-se os rendimentos anuais do agregado familiar do utente.

3. O agregado familiar do utente, para efeitos da presente portaria, corresponde ao agregado fiscal definido no artigo 13.º do Código do Imposto sobre o Rendimento de Pessoas Singulares (CIRS) à data da instrução do processo para a sua admissão numa das unidades de internamento da REDE.

Artigo 47.º

Apuramento dos rendimentos

1. O apuramento dos rendimentos do utente, a que reportam as alíneas a) a f) do artigo anterior, é efetuado através da última nota de liquidação do imposto sobre o rendimento das pessoas singulares (IRS) disponível nos termos do CIRS.
2. Os rendimentos resultantes das prestações referidas nas alíneas g), h) e i) do artigo anterior processadas pelas instituições de segurança social são apurados oficiosamente.
3. Nos casos em que não exista nota de liquidação do imposto sobre o rendimento das pessoas singulares, o apuramento dos rendimentos referidos no n.º 1 do presente artigo é efetuado através de:
 - a) Documentos comprovativos dos rendimentos, a que se referem as alíneas a) a e) do n.º 1 do artigo anterior, auferidos nos últimos três meses;
 - b) Documentos comprovativos dos rendimentos, a que se refere a alínea f) do n.º 1 do artigo anterior, respeitantes ao último ano civil, emitidos pela entidade processadora das pensões ou apurados oficiosamente quando a respetiva entidade for uma instituição de segurança social.
4. Para efeitos de apuramento do rendimento anual do utente deverá considerar-se o seguinte:
 - a) Os rendimentos reportados ao ano civil anterior à data de instrução do processo, desde que os meios de prova se encontrem disponíveis e, quando tal não se verificar, reportados ao ano imediatamente anterior àquele, sem prejuízo do disposto na alínea seguinte;
 - b) Os rendimentos apurados nos termos da alínea a) do número anterior são anualizados.
5. Os rendimentos previstos no artigo 46.º são atualizados ao ano civil anterior ao da instrução do processo, sempre que tal se demonstre necessário, sendo esta atualização realizada mediante aplicação de um coeficiente resultante da variação média do índice de preços no consumidor, correspondente aos últimos 12 meses para os quais existam valores

disponíveis à data de 30 de novembro do ano a que se reporta a atualização.

6. Sempre que se verifique uma degradação dos rendimentos do agregado familiar superior a 25%, o utente pode requerer, mediante pedido devidamente fundamentado, que lhe sejam considerados os rendimentos dos últimos três meses para efeitos do apuramento dos rendimentos, aplicando-se o disposto na alínea b) do n.º 4 do presente artigo.

Artigo 48.º

Determinação do valor a pagar pelo utente nas unidades

1. Na unidade de média duração e reabilitação o valor a pagar pelo utente é determinado pela aplicação da percentagem de 60% sobre a parte remanescente do seu rendimento *per capita* (RC) que ultrapasse 150% do valor fixado do indexante de apoios sociais (IAS).
2. Na unidade de longa duração e manutenção, o valor a pagar pelo utente corresponde a 85% do seu rendimento *per capita*.
3. O valor a pagar pelo utente, determinado nos termos dos números anteriores, não pode ultrapassar, em qualquer circunstância, os valores fixados na tabela de preços, referida no n.º 1 do artigo 43.º da presente portaria.
4. O valor a pagar pelo utente pode ser inferior ao valor apurado (VA) nos termos dos números 1 e 2, quando: $RC - VA < € 50$.
5. Na situação prevista no número anterior, o valor a pagar pelo utente corresponde a: $RC - € 50$.
6. O valor determinado nos termos dos números anteriores, corresponde ao montante a pagar pelos cuidados prestados durante um mês completo de calendário.
7. No caso de entradas e saídas não coincidentes, respetivamente, com o início e o fim de cada mês, o valor a pagar será o correspondente ao número de dias de cuidados prestados, multiplicado pelo valor diário a dividir por trinta dias.
8. O valor de comparticipação apurado, nos termos dos números anteriores do presente artigo, é pago pelo utente diretamente à entidade gestora ou promotora da respetiva unidade, nos termos do termo de aceitação e do contrato de prestação de serviços, previstos no n.º 5 do artigo 23.º da presente portaria.
9. A cobrança do valor da comparticipação devida pelo utente é da exclusiva responsabilidade da entidade gestora ou promotora.

Artigo 49.º

Documentos comprovativos a apresentar pelo utente

1. Para efeitos do disposto no artigo 45.º e seguintes o utente deve apresentar os seguintes documentos:

- a) Cópia do documento de identificação de beneficiário da segurança social ou de outros sistemas de proteção social;
- b) Cópia do cartão de identificação fiscal do utente;
- c) Cópia dos documentos comprovativos dos rendimentos, nos termos previstos no presente diploma;
- d) Declaração da composição do agregado familiar com identificação das pessoas que o constituem à data da instrução do processo.

2. Os utentes ficam dispensados da apresentação dos meios de prova dos rendimentos apurados oficialmente pelas instituições de segurança social.

Artigo 50.º

Instrução do processo

1. A instrução do processo do utente, para apuramento dos seus rendimentos, é feita de forma individualizada pelo representante da segurança social na ECL da REDE.
2. Para efeitos do disposto no número anterior, o representante da segurança social, após a referência do utente para admissão na unidade, procede, no prazo de quarenta e oito horas, à instrução do processo com base nos documentos referidos no artigo 49.º da presente portaria e determina o valor diário a pagar pelo utente, nos termos dos artigos anteriores e, em consequência, o valor da comparticipação da segurança social, se a ela houver lugar.
3. Concluída a instrução do processo, o utente é informado da unidade para a qual está referenciado, do valor diário que lhe compete pagar pelos cuidados de apoio social e da eventual comparticipação da segurança social, bem como da necessidade de prestar o seu consentimento para a respetiva admissão.
4. O consentimento para admissão na unidade é prestado mediante termo de aceitação do internamento, em modelo a aprovar pelo conselho diretivo do ISSM, IP-RAM, assinado pelo próprio ou por representante, no qual se responsabiliza pelo internamento nas condições constantes do respetivo termo de aceitação.

Artigo 51.º

Revisão do valor a pagar

1. O valor a pagar pelo utente nas unidades é revisto sempre que ocorra a renovação da prova de rendimentos nos termos previstos no artigo seguinte.
2. Quando ocorra uma revisão do valor a pagar pelo utente, é renovado o consentimento previsto no n.º 4 do artigo anterior.

Artigo 52.º

Renovação da prova de rendimentos do utente

1. A renovação da prova de rendimentos ocorre no início de cada ano civil.
3. Para aplicação do disposto no número anterior, o utente é obrigado à renovação anual da prova de

rendimentos até final do ano civil anterior, salvo quando se tratar de rendimentos apurados oficialmente pelo ISSM, IP-RAM.

3. Quando a data de admissão na unidade ocorre no último trimestre do ano civil, o utente fica isento, nesse ano, da renovação prevista no número anterior, procedendo-se, quando necessário, à atualização dos rendimentos nos termos previstos no n.º 5 do artigo 47.º da presente portaria.
4. Sem prejuízo do disposto no n.º 1 do presente artigo, a renovação da prova de rendimentos ocorre sempre que se registre uma alteração da composição do agregado familiar, da qual resulte alteração dos respetivos rendimentos.

Artigo 53.º

Cessação da comparticipação da segurança social

A comparticipação da segurança social cessa quando:

- a) Deixarem de se verificar as condições que deram lugar ao seu pagamento;
- b) Não for renovada a prova de rendimentos nos termos previstos no artigo anterior.

CAPÍTULO XII

Disposições finais e transitórias

Artigo 54.º

Autorização de funcionamento das unidades

Até à entrada em vigor do regime jurídico de licenciamento para as unidades da REDE, nos termos previstos no n.º 2 do artigo 35.º da presente portaria, a competência para a emissão da autorização de funcionamento incumba ao IASAÚDE, IP-RAM, mediante parecer prévio da ECR e do ISSM, IP-RAM.

Artigo 55.º

Adequação

1. As unidades que, até à data de entrada em vigor da presente portaria, integram a REDE, devem adequar-se às condições referidas no n.º 3 do artigo 35.º da presente portaria, desde que os espaços físicos existentes permitam as adaptações necessárias.

2. Após as vistorias, as entidades competentes devem elaborar relatório final sobre a adequação das instalações aos requisitos técnicos aplicáveis, bem como identificar as alterações necessárias a realizar, se tal for possível e financeiramente razoável.

Artigo 56.º

Comparticipação nos encargos da segurança social pelo orçamento da Região Autónoma da Madeira

1. Nas situações em que os encargos financeiros devam ser assumidos pelo orçamento do ISSM, IP-RAM, em harmonia com o previsto no artigo 45.º da presente portaria, e que tal não possa ser legalmente exequível por inexistência de dotação orçamental, os mesmos são suportados pela Secretaria Regional da Inclusão e Assuntos Sociais, através das dotações que lhe forem anualmente atribuídas pelo orçamento da Região Autónoma da Madeira.
2. Nas situações previstas no número anterior, o contrato de adesão a que se refere o artigo 40.º da presente portaria, é formalizado entre a entidade gestora ou promotora e a Secretaria Regional da Inclusão e Assuntos Sociais, o ISSM, IP-RAM e o IASAÚDE, IP-RAM.

Artigo 57.º

Vigência

A presente portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Vice-Presidência do Governo Regional, Secretaria Regional da Saúde e Secretaria Regional da Inclusão e Assuntos Sociais, no Funchal, aos 17 dias do mês de Julho de 2018.

O VICE-PRESIDENTE DO GOVERNO REGIONAL, Pedro Miguel Amaro de Bettencourt Calado

O SECRETÁRIO REGIONAL DA SAÚDE, Pedro Miguel de Câmara Ramos

A SECRETÁRIA REGIONAL DA INCLUSÃO E ASSUNTOS SOCIAIS, Maria Rita Sabino Martins Gomes de Andrade

Anexo da Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho
(a que se refere o n.º 1 do artigo 43.º)

Tabela de Preços da REDE

Tipologia de Unidade	Encargos com cuidados de saúde (utente/ dia)	Encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão (utente/dia)	Encargos com cuidados de apoio social (utente/dia)	Encargos com utilização de fraldas (utente/dia)	Total em euros (utente/dia)
I — Diárias de internamento por utente					
1 — Unidade de convalescença	91,00	15,09			106,09

Tipologia de Unidade	Encargos com cuidados de saúde (utente/ dia)	Encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão (utente/dia)	Encargos com cuidados de apoio social (utente/dia)	Encargos com utilização de fraldas (utente/dia)	Total em euros (utente/dia)
2 – Unidade de média duração e reabilitação	56,08	12,07	19,93		88,08
3 – Unidade de longa duração e manutenção	18,72	10,06	30,52	1,25	60,55
II — Diárias de ambulatório por utente					
Unidade de dia e promoção da autonomia	9,64				9,64

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA



JORNAL OFICIAL

Quinta-feira, 25 de julho de 2019

I

Série

Número 119

Suplemento

Sumário

VICE-PRESIDÊNCIA DO GOVERNO REGIONAL, SECRETARIAS
REGIONAIS DA SAÚDE E DA INCLUSÃO E ASSUNTOS SOCIAIS

Portaria n.º 424/2019

Procede à primeira alteração à Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho, que define a estrutura e composição da Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma da Madeira, adiante designada abreviadamente por REDE, e estabelece as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades e equipas que a integram, bem como os vários níveis de coordenação.

**VICE-PRESIDÊNCIA DO GOVERNO REGIONAL,
SECRETARIAS REGIONAIS DA SAÚDE E DA
INCLUSÃO E ASSUNTOS SOCIAIS****Portaria n.º 424/2019**

de 25 de julho

O XII Governo Regional da Madeira no seu programa para a Saúde, inscreve como medida da sua ação governativa o investimento na Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (REDE), designadamente com a expansão do número de camas afetas a esta dimensão de cuidados de saúde e de apoio social, para responder às situações de pessoas com alta clínica e sem condições de regresso ao domicílio em segurança, com que atualmente se debate o Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira.

A REDE, criada pelo Decreto Legislativo Regional n.º 9/2007/M, de 15 de março, viu o seu regime jurídico alterado com o Decreto Legislativo Regional n.º 30/2012/M, de 8 de novembro e conforme previsto no artigo 3.º deste diploma, procedeu-se à sua regulamentação, através da Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho.

Na sequência dos trabalhos preparatórios de implementação da nova estrutura da REDE e dos experienciais em curso, surgiu a necessidade de aprimorar os níveis de coordenação, adaptar termos e referenciais de contratualização e definir objetivos de desempenho assistencial primando pela melhor qualidade de vida do utente.

Por outro lado, na prossecução dos fins da Ação Social reconhece-se a importância da partilha de objetivos e interesses comuns e repartição de responsabilidades e de obrigações entre o Serviço Público e as Instituições de Ação solidária, assegurando que a participação do utente, no que às comparticipações se refere, seja justa, equitativa e uniforme quando utiliza equipamentos sociais com fim social idêntico.

Ademais, o alargamento da REDE deve ocorrer de forma sustentável para todos os envolvidos, com equilíbrio e rigor orçamental, para tal, procedeu-se a um estudo, em que a sua operacionalização exigiu a obtenção dos custos observados e dos custos esperados em Unidades de Longa Duração integradas no Serviço Regional de Saúde e em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, no pressuposto de que existe um perfil mínimo assistencial naquelas Unidades e Estruturas, idêntico às Unidades de Longa Duração e Manutenção, com o fim de apurar um custo global e setorial, que conduziu à atualização do valor dos preços a praticar pelas unidades da REDE.

Por outro lado, é fundamental apoiar a aplicação de métodos e a procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde.

A contratualização do desempenho assistencial emerge como um instrumento de gestão por objetivos que melhora os resultados em saúde, num contexto de boas práticas na prevenção de situações com impacto significativo na qualidade de vida das pessoas doentes e na redução dos encargos com os serviços de saúde.

Desta forma é necessário alterar a Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho, de forma a efetuar alguns ajustamentos ao regime previsto naquele diploma mais consentâneos com os objetivos pretendidos.

Assim, ao abrigo do disposto na alínea d) do artigo 69.º do Estatuto Político Administrativo da Região Autónoma da Madeira, aprovado pela Lei n.º 13/91, de 5 de junho,

com as alterações introduzidas pela Lei n.º 130/99, de 21 de agosto, e pela Lei n.º 12/2000, de 21 de junho, conjugado com o disposto no artigo 3.º do Decreto Legislativo Regional n.º 30/2012/M, de 8 de novembro, no artigo 21.º do Estatuto do Sistema Regional de Saúde, aprovado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 4/2003/M, de 7 de abril, alterado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 23/2008/M, de 23 de junho, na alínea g) do artigo 5.º, e no artigo 18.º do Estatuto do Sistema de Ação Social da Área de Segurança Social na Região Autónoma da Madeira, aprovado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 9/2006/M, de 18 de abril, manda o Governo Regional da Madeira, pela Vice-Presidência do Governo Regional e pelas Secretarias Regionais da Saúde e da Inclusão e Assuntos Sociais, o seguinte:

Artigo 1.º**Objeto**

A presente Portaria procede à primeira alteração à Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho, que define a estrutura e composição da Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma da Madeira, adiante designada abreviadamente por REDE, e estabelece as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades e equipas que a integram, bem como os vários níveis de coordenação.

Artigo 2.º**Alteração à Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho**

São alterados os artigos 4.º, 40.º, 46.º, 47.º, 48.º, 49.º e 52.º, que passam a ter a seguinte redação:

«Artigo 4.º**[...]**

1. A estrutura da REDE compreende a existência de um nível de coordenação estratégica para todo o território da Região Autónoma da Madeira, sem prejuízo da coordenação operacional de nível regional e local.
2. A coordenação estratégica da REDE é assegurada por uma entidade designada ou nomeada para o efeito, podendo assumir a estrutura de Unidade de Missão, Comissão ou Coordenação.
3. A Coordenação operacional organiza-se a nível regional e local, nos termos previstos nos artigos 5.º a 7.º da presente portaria.
4. A estrutura funcional da REDE é constituída pelas unidades e equipas de cuidados continuados integrados, definidas no artigo 8.º da presente portaria.

Artigo 40.º**[...]**

1. A adesão formaliza-se com a celebração de contrato, em modelo próprio, a aprovar por Resolução de Conselho de Governo.
2. O contrato referido no número anterior é celebrado entre e a entidade gestora ou promotora e o IASAÚDE, IP-RAM, salvo o disposto no número seguinte.

3. Quando se trate de unidades de internamento de média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e de ambulatorio, o contrato é celebrado entre a entidade gestora ou promotora, o IASAÚDE, IP-RAM e o ISSM, IP-RAM.

Artigo 46.º
[...]

1. Os rendimentos a considerar na determinação do valor a pagar pelo utente, para efeitos do disposto no artigo 45.º da presente portaria, são os seguintes:
- a) [Revogado];
 - b) [Revogado];
 - c) Rendimentos de capitais;
 - d) Rendimentos prediais;
 - e) Incrementos patrimoniais;
 - f) Pensões;
 - g) Subsídio mensal vitalício;
 - h) Prestações sociais substitutivas dos rendimentos do trabalho, designadamente, subsídios de desemprego, doença, maternidade e paternidade;
 - i) Outras prestações sociais atribuídas, complementarmente, a pessoas idosas ou em situação de dependência, nomeadamente:
 - i. Complemento solidário para idosos;
 - ii. Complemento por cônjuge a cargo;
 - iii. Complemento por dependência;
 - iv. Complemento extraordinário de solidariedade.
2. Para efeitos do disposto no número anterior, consideram-se os rendimentos mensais do utente.
3. [Revogado].

Artigo 47.º
[...]

1. O apuramento dos rendimentos do utente, a que reportam as alíneas c) a e) do artigo anterior, é efetuado através da última nota de liquidação do imposto sobre o rendimento das pessoas singulares (IRS) disponível nos termos do CIRS.
2. Os rendimentos resultantes das prestações referidas nas alíneas g), h) e i) do artigo anterior, processadas pelas instituições de segurança social são apurados oficiosamente.
3. Nos casos em que não exista nota de liquidação do imposto sobre o rendimento das pessoas singulares, o apuramento dos rendimentos referidos no n.º 1 do presente artigo é efetuado através de:
- a) Documentos comprovativos dos rendimentos, a que se referem as alíneas c) a e) do n.º 1 do artigo anterior, auferidos no último mês;
 - b) Documentos comprovativos dos rendimentos, a que se refere a alínea f) do n.º 1 do artigo anterior, respeitantes ao último ano civil, emitidos pela entidade processadora das pensões ou apurados oficiosamente quando a respetiva entidade for uma instituição de segurança social.
4. [Revogado].

5. [Revogado].

6. Sempre que se verifique uma degradação dos rendimentos do utente, o utente pode requerer, mediante pedido devidamente fundamentado, uma reavaliação da comparticipação.

Artigo 48.º
[...]

1. Na unidade de média duração e reabilitação o valor a pagar pelo utente é determinado pela aplicação da percentagem de 60% do rendimento mensal do utente (RU).
2. Na unidade de longa duração e manutenção, o valor a pagar pelo utente corresponde a 85% do seu rendimento mensal.
3. O valor a pagar pelo utente, determinado nos termos dos números anteriores, não pode ultrapassar, em qualquer circunstância, os valores fixados na tabela de preços, referida no n.º 1 do artigo 43.º da presente portaria.
4. O valor a pagar pelo utente pode ser inferior ao valor apurado (VA) nos termos dos números 1 e 2, quando: $RU - VA < € 50$.
5. Na situação prevista no número anterior, o valor a pagar pelo utente corresponde a: $RU - € 50$.
6. O valor determinado nos termos dos números anteriores, corresponde ao montante a pagar pelos cuidados prestados durante um mês completo de calendário.
7. No caso de entradas e saídas não coincidentes, respetivamente, com o início e o fim de cada mês, o valor a pagar será o correspondente ao número de dias de cuidados prestados, multiplicado pelo valor diário a dividir por trinta dias.
8. O valor de comparticipação apurado, nos termos dos números anteriores do presente artigo, é pago pelo utente diretamente à entidade gestora ou promotora da respetiva unidade, nos termos do termo de aceitação e do contrato de prestação de serviços, previstos no n.º 5 do artigo 23.º da presente portaria.
9. A cobrança do valor da comparticipação devida pelo utente é da exclusiva responsabilidade da entidade gestora ou promotora.
10. As situações especiais decorrentes da ausência, perda ou diminuição grave de rendimentos poderão determinar a isenção, redução ou suspensão do pagamento mensal das comparticipações devidas, mediante decisão fundamentada dos órgãos competentes.

Artigo 49.º
[...]

1. Para efeitos do disposto no artigo 45.º e seguintes o utente deve apresentar os seguintes documentos:
- a) Cópia do documento de identificação;

- b) Cópia do documento de identificação de beneficiário da segurança social ou de outros sistemas de proteção social;
 - c) Cópia do cartão de identificação fiscal do utente;
 - d) Cópia dos documentos comprovativos dos rendimentos, nos termos previstos no presente diploma.
2. Os utentes ficam dispensados da apresentação dos meios de prova dos rendimentos apurados oficiosamente pelas instituições de segurança social.

Artigo 52.º
[...]

1. A renovação da prova de rendimentos ocorre no início de cada ano civil.
2. Para aplicação do disposto no número anterior, o utente é obrigado à renovação anual da prova de rendimentos até final do ano civil anterior, salvo quando se tratar de rendimentos apurados oficiosamente pelo ISSM, IP-RAM.
3. Quando a data de admissão na unidade ocorre no último trimestre do ano civil, o utente fica isento, nesse ano, da renovação prevista no número anterior, procedendo-se, quando necessário, à atualização dos rendimentos nos termos previstos no n.º 5 do artigo 47.º da presente portaria.
4. Sem prejuízo do disposto no n.º 1 do presente artigo, a renovação da prova de rendimentos ocorre sempre que se registre uma alteração dos respetivos rendimentos.»

Artigo 3.º
Aditamento à Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho

São aditados à Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho, os artigos 40.º - A, 40.º - B e 40.º - C, com a seguinte redação:

«Artigo 40.º - A
Contratualização e Incentivos

1. A contratualização de indicadores de desempenho com as Unidades de Cuidados Continuados Integrados deve assegurar o necessário equilíbrio entre exigência e exequibilidade, no sentido de conduzir a ganhos de saúde, bem como remunerar o desempenho das Unidades, com a atribuição de incentivos.
2. Os termos de referência para a contratualização de cuidados continuados integrados são aprovados pelos membros responsáveis pelas finanças e pela saúde e publicados mediante despacho conjunto.

Artigo 40.º - B
Atribuição de Incentivos

1. Em função dos indicadores de resultados em saúde, a entidade promotora e gestora de Unidades de

Longa Duração e Manutenção terá direito, a título de incentivo de desempenho, uma remuneração adicional, calculada e atribuída, nos termos dos números seguintes:

- a) O incentivo regulado pela presente Portaria, corresponde a um custo médio adicional para implementação de medidas de prevenção de úlceras de pressão e quedas, apurado por dia e por doente;
 - b) A atribuição dos incentivos depende da avaliação do grau de cumprimento dos indicadores de resultado, constantes do Anexo II;
 - c) Para efeitos do número anterior, os indicadores são apurados pelo IASAÚDE, IP-RAM, segundo as regras de cálculo aprovadas na metodologia de contratualização para a REDE;
 - d) O incentivo tem como valor máximo o correspondente ao produto do valor do incentivo utente/dia pelo número de dias de internamento realizados;
 - e) O incentivo é pago no final de cada ano de vigência do contrato, só devendo ser faturado nessa altura.
2. O pagamento é feito em função da avaliação do grau de cumprimento dos indicadores de resultado, conforme os intervalos de referência e variações aceitáveis, constantes do ponto 1 do Anexo II, da presente alteração.
 3. Para efeitos do número anterior o IASAÚDE, IP-RAM pode promover a realização de uma auditoria clínica, com o objetivo de verificar o cumprimento dos resultados.

Artigo 40.º - C
Acompanhamento Interno e
Acompanhamento Externo

1. O acompanhamento interno do processo de contratualização compete ao IASAÚDE, IP-RAM e ao ISSM, IP-RAM de acordo com a tipologia da Unidade.
2. O acompanhamento externo é assegurado pela Comissão Técnica, criada pela Resolução n.º 914/2018, publicada no JORAM, I Série, Número 193, de 22 de novembro que, neste âmbito exercerá as seguintes funções:
 - a) Acompanhar o processo de contratualização e apuramento de resultados;
 - b) Receber informação e analisar as conclusões da avaliação anual;
 - c) Mediar os eventuais conflitos entre o IASAÚDE, IP-RAM, ISSM – IP-RAM, e a UNIDADE, emergentes do processo de contratualização e apuramento de resultados.»

Artigo 4.º
Alteração ao Anexo da Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho

O Anexo à Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho passa a ter a seguinte redação:

«ANEXO
(A que se refere o n.º 1 do artigo 43.º)

Tabela de Preços da REDE

Tipologia de UNIDADE	Encargos com cuidados de saúde (utente/dia)	Encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão (utente/dia)	Encargos com cuidados de apoio social (utente/dia)	Encargos com utilização de fraldas (utente/dia)	Total em euros (utente/dia)
I — Diárias de internamento por utente					
Convalescença	91,00	15,09			106,09
Média duração e reabilitação	56,08	12,07	19,93		88,08
II - Diárias de Internamento em Longa Duração e Manutenção por utente					
	Encargos com cuidados de saúde, inclui medicamentos, realização exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão (utente/ dia)		Encargos com cuidados de apoio social (utente/dia)	Encargos com utilização de fraldas (utente/dia)	Total em euros (utente/dia)
Longa Duração e manutenção	33,64		36,46	1,64	71,74
III — Diárias de ambulatório por utente					
Unidade de dia/ promoção da autonomia	9,64				9,64

»

Artigo 5.º
Aditamento de um Anexo II à Portaria n.º 234/2018,
de 20 de julho

É aditado um Anexo II à Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho, com a seguinte redação:

«ANEXO II

(A que se refere o Artigo 40.º - B)
Atribuição e Valor de Incentivos

UNIDADE: _____

1. INDICADORES DE RESULTADOS E VALOR DOS INCENTIVOS

Indicador	Intervalo de referência	Varição aceitável	Valor do Incentivo utente/dia(euros)
	Grau de cumprimento do Indicador		
Taxa de Efetividade de prevenção de úlceras de Pressão	97%	96%	2,40
Taxa de efetividade de prevenção de quedas	92%	88%	

2. INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO TRIMESTRAL

Indicador	Intervalo de referência	Variação aceitável
Taxa de incidência de úlcera de pressão	3 %	4%
Proporção de utentes com registo de quedas no período em análise	8%	11%

»

Artigo 6.º
Republicação

É republicada, em anexo, do qual faz parte integrante, a Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho.

Artigo 7.º
Entrada em vigor e produção de efeitos

A presente alteração entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação e produz efeitos reportados a 1 de julho de 2019.

Vice-Presidência do Governo Regional, Secretaria Regional da Saúde e Secretaria Regional da Inclusão e Assuntos Sociais, no Funchal, aos 19 dias do mês de julho de 2019.

O VICE-PRESIDENTE DO GOVERNO REGIONAL, Pedro Miguel Amaro de Bettencourt Calado

O SECRETÁRIO REGIONAL DA SAÚDE, Pedro Miguel de Câmara Ramos

A SECRETÁRIA REGIONAL DA INCLUSÃO E ASSUNTOS SOCIAIS, Maria Rita Sabino Martins Gomes de Andrade

ANEXO
(a que se refere o artigo 6.º)
Republicação da Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho

CAPÍTULO I
Disposições Gerais

Artigo 1.º
Objeto e âmbito de aplicação

1. A presente portaria define a estrutura e composição da Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma da Madeira, adiante designada abreviadamente por REDE, e estabelece as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades e equipas que a integram, bem como os vários níveis de coordenação.
2. A presente portaria define ainda o seu modelo de financiamento e fixa os preços dos cuidados prestados naquelas unidades.
3. São ainda regulados os procedimentos relativos às adesões dos serviços e estabelecimentos integrados no Sistema Regional de Saúde (SRS) e das instituições do sector social e do setor privado que

adiram à REDE após a entrada em vigor da presente portaria.

3. A presente portaria aplica-se às entidades integradas na REDE.

Artigo 2.º
Composição da rede

1. A REDE é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo as unidades hospitalares, os centros de saúde, os serviços da segurança social, e autarquias locais.
2. Podem, ainda, integrar a REDE as instituições particulares de solidariedade social, misericórdias, pessoas coletivas de utilidade pública, e entidades privadas que prestem serviços de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de harmonia com as regras legais aplicáveis.
3. As entidades públicas ou privadas referidas nos números anteriores, que sejam responsáveis pela gestão e o funcionamento das unidades e equipas prestadoras de cuidados previstas no artigo 8.º da presente portaria, são designadas por entidade gestora ou promotora.

CAPÍTULO II
Modelo, estrutura, coordenação e gestão da REDE

Artigo 3.º
Modelo de intervenção

1. A REDE baseia-se num modelo de intervenção articulada e integrada dos setores da saúde e da segurança social, visa a prestação de cuidados de saúde e de apoio social, e assenta num plano individual de intervenção, centrado na melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência ou na sua recuperação global, onde os cuidados são entendidos como um processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, garantindo-se a flexibilidade e sequencialidade na articulação nas unidades e equipas de cuidados continuados integrados da REDE.
2. O plano individual de intervenção deverá integrar o diagnóstico das situações do utente, a natureza e periodicidade das intervenções multidisciplinares a desenvolver, de acordo com os objetivos estabelecidos para o utente, especificando as

necessidades de intervenção e encaminhando aquele para a adequada unidade de cuidados integrados da REDE.

Artigo 4.º Estrutura da REDE

1. A estrutura da REDE, compreende a existência de um nível de coordenação estratégica para todo o território da Região Autónoma da Madeira, sem prejuízo da coordenação operacional de nível regional e local.
2. A coordenação estratégica da REDE é assegurada por uma entidade designada ou nomeada para o efeito, podendo assumir a estrutura de Unidade de Missão, Comissão ou Coordenação.
3. A coordenação operacional organiza-se a nível regional e local, nos termos previstos nos artigos 5.º a 7.º da presente portaria.
4. A estrutura funcional da REDE é constituída pelas unidades e equipas de cuidados continuados integrados, definidas no artigo 8.º da presente portaria.

Artigo 5.º Coordenação e gestão da REDE

1. A coordenação e gestão regional da REDE é assegurada pela Equipa de Coordenação Regional, adiante denominada abreviadamente por ECR, de constituição multidisciplinar, a designar por um período de três anos, renovável por iguais períodos, por despacho dos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social, sendo constituída por:
 - a) Um representante do Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM (IASAÚDE, IP-RAM);
 - b) Um representante do Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM (ISSM, IP-RAM);
 - c) Um profissional dos serviços de saúde ou da segurança social, de reconhecido mérito na área de gerontologia.
2. A coordenação e gestão local da REDE é assegurada por Equipas de Coordenação Local, adiante designadas abreviadamente por ECL, de preferência de âmbito concelhio ou através da agregação de concelhos por áreas geográficas, de acordo com as necessidades e volume de processos, as quais devem integrar, no mínimo, da área da saúde, um médico e um enfermeiro, e da área social um assistente social, podendo ainda integrar outros profissionais sempre que o volume e a complexidade da atividade o justifiquem.
3. Os elementos que constituem as ECL são designados, mediante parecer da ECR e consoante as áreas de intervenção, pelo Presidente do Conselho Diretivo do IASAÚDE, IP-RAM, e pelo Presidente do Conselho Diretivo do ISSM, IP-RAM, por um período de três anos, renovável por iguais períodos.

Artigo 6.º Competências e modo de funcionamento da Equipa de Coordenação Regional

1. Incumbe à ECR a coordenação a nível regional da REDE, assegurando o seu planeamento, a gestão, o controlo, e a sua avaliação, competindo-lhe, designadamente:
 - a) Assegurar o funcionamento adequado da REDE, promovendo para o efeito a articulação necessária das ECL;
 - b) Recolher e avaliar de forma permanente toda a informação relativa à oferta e procura das respostas integradas na REDE, nomeadamente no que se refere a admissões, demoras médias e altas em cada nível da mesma;
 - c) Consolidar as propostas de respostas necessárias e os planos de ação anuais para o desenvolvimento da REDE, a sua adequação periódica às necessidades e submetê-los à aprovação dos membros do Governo Regional competentes em matéria da saúde e de segurança social;
 - d) Orientar e verificar a consolidação dos planos orçamentados de ação anuais e respetivos relatórios de execução;
 - e) Propor aos membros do Governo Regional competentes em matéria da saúde e da segurança social a adoção das medidas normativas necessárias à prossecução dos objetivos da REDE;
 - f) Promover a celebração de acordos ou protocolos com entidades públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos, ao abrigo da legislação em vigor, para implementação e funcionamento das unidades e equipas que se propõem integrar a REDE;
 - g) Incentivar e promover a formação específica e permanente dos diversos profissionais envolvidos na prestação dos cuidados continuados integrados, bem como a formação de cuidados informais;
 - h) Propor a exclusão da REDE, aos membros do Governo Regional competentes em matéria da saúde e da segurança social, das entidades públicas ou privadas que não cumpram os requisitos previstos no presente diploma, na demais legislação aplicável ou nos acordos, ou protocolos celebrados com as mesmas;
 - i) Promover a avaliação da qualidade do funcionamento, dos processos e dos resultados das unidades e equipas da REDE, e propor as medidas corretivas consideradas convenientes para o bom funcionamento das mesmas;
 - j) Gerir o sistema de informação que suporta a gestão da REDE;
 - k) Promover a divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da REDE.
2. O modo de funcionamento da ECR consta de regulamento interno, o qual é aprovado pelos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social.

Artigo 7.º
Competências das Equipas de
Coordenação Local

1. As ECL articulam-se com a ECR, e asseguram a nível local a gestão, o acompanhamento, e a avaliação da REDE, bem como a articulação e coordenação dos respetivos recursos e atividades, competindo-lhes, nomeadamente, o seguinte:
 - a) Promover a admissão e encaminhamento no âmbito da REDE, mediante a avaliação da situação de cada utente, em função das necessidades identificadas no plano individual de intervenção;
 - b) Elaborar, supervisionar e orientar o plano individual de intervenção para cada utente, em articulação com as equipas prestadoras;
 - c) Designar, de entre os elementos da equipa, um gestor de caso, que será o elemento de referência do utente admitido;
 - d) Organizar um processo individual de cuidados continuados, que corresponde ao conjunto de informação respeitante a cada utente em situação de dependência;
 - e) Proceder à alta do utente da unidade, sempre que estejam reunidos os requisitos necessários, e providenciar a admissão do utente noutro tipo de serviço ou a preparação do seu regresso, com mais autonomia, ao domicílio;
 - f) Manter atualizada a informação relativa ao número e características dos utentes, serviços e estabelecimentos existentes no âmbito da respetiva área de atuação;
 - g) Assegurar a divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, o número e a localização das respostas existentes na respetiva área de atuação;
 - h) Manter os restantes níveis de coordenação informados sobre o acesso e o movimento na respetiva área de atuação;
 - i) Identificar as necessidades e propor à ECR ações para a cobertura das mesmas;
 - j) Elaborar os planos de ação e respetivos relatórios de execução e submetê-los à ECR;
 - k) Apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos de prestação de serviços relativos à REDE;
 - l) Acompanhar a programação da alta hospitalar, em articulação com a equipa de gestão de altas, identificando a necessidade de cuidados continuados integrados dos utentes, encaminhando-os para o respetivo nível da REDE;
 - m) Manter atualizado o sistema de informação que suporta a gestão da REDE.
 - n) Assegurar a atualização de toda a informação relativa aos respetivos utentes.
2. O modo de funcionamento das ECL consta de regulamento interno, o qual é submetido à apreciação e parecer da ECR, e é aprovado pelas entidades referidas no n.º 3 do artigo 5.º da presente portaria.

CAPÍTULO III
Tipologia da REDE

Artigo 8.º
Tipo de Serviços

1. A prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por:
 - a) Unidades de internamento;
 - b) Unidades de ambulatório;
 - c) Equipas hospitalares;
 - d) Equipas domiciliárias.
2. Constituem unidades de internamento:
 - a) Unidades de convalescença (UC);
 - b) Unidades de média duração e reabilitação (UMDR);
 - c) Unidades de longa duração e manutenção (ULDM);
3. As unidades de internamento referidas no número anterior prestam cuidados de saúde e de apoio social, na sequência de doença aguda ou da necessidade de prevenção de agravamentos de doença crónica, centrados na reabilitação, readaptação, e manutenção, a pessoas que se encontram em situação de dependência, com vista à sua integração sócio familiar.
4. Constitui unidade de ambulatório, a unidade de dia e de promoção da autonomia (UDPA).
5. São equipas hospitalares as equipas de gestão de altas (EGA).
6. São equipas domiciliárias as equipas de cuidados continuados integrados (ECCI);

SECÇÃO I
Unidades de internamento

Artigo 9.º
Unidade de convalescença

1. A UC é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital, ou noutra instituição, articulada com um hospital, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.
2. A UC tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos.
3. A UC destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão.
4. A UC pode coexistir simultaneamente com a unidade de média e longa duração e reabilitação.

Artigo 10.º

Serviços da unidade de convalescença

A UC assegura, sob a direção de um médico, designadamente:

- a) Cuidados médicos permanentes;
- b) Cuidados de enfermagem permanentes;
- c) Exames complementares de diagnóstico, laboratoriais, e radiológicos próprios ou contratados;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Cuidados de fisioterapia e reabilitação;
- f) Apoio psicossocial;
- g) Higiene, conforto e alimentação;
- h) Convívio e lazer.

Artigo 11.º

Unidade de média duração e reabilitação

1. A UMDR é uma unidade de internamento, de carácter temporário, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia preferencialmente recuperável.
2. A UMDR tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação, e a reabilitação integral da pessoa que se encontre na situação prevista no número anterior.
3. O período de internamento na UMDR tem uma previsibilidade superior a 30 dias e inferior 90 dias consecutivos por cada admissão.
4. A UMDR pode coexistir com a UC ou com a ULDM.
5. A UMDR pode diferenciar-se na prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e sociais a pessoas com patologias específicas.

Artigo 12.º

Serviços da unidade de média duração e reabilitação

A UMDR é gerida por um técnico da área da saúde ou da área psicossocial e assegura, designadamente:

- a) Cuidados médicos diários;
- b) Cuidados de enfermagem permanentes;
- c) Cuidados de fisioterapia, reabilitação e de terapia ocupacional;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Apoio psicossocial;
- f) Higiene, conforto e alimentação;
- g) Convívio e lazer.

Artigo 13.º

Unidade de longa duração e manutenção

1. A ULDM é uma unidade de internamento, de carácter temporário, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos

crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.

2. A ULDM tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos.
3. A ULDM pode proporcionar o internamento, por período inferior ao previsto no número anterior, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.

Artigo 14.º

Serviços da unidade de longa duração e manutenção

A ULDM é gerida por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e assegura, designadamente:

- a) Atividades de manutenção e de estimulação;
- b) Cuidados de enfermagem diários;
- c) Cuidados médicos;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Apoio fisiátrico periódico;
- f) Cuidados de fisioterapia, reabilitação e de terapia ocupacional;
- g) Animação sociocultural;
- h) Higiene, conforto e alimentação;
- i) Apoio no desempenho das atividades da vida diária;
- j) Apoio psicossocial.

SECÇÃO II

Unidade de ambulatório

Artigo 15.º

Unidade de dia e de promoção da autonomia

1. A UDPA é uma unidade para a prestação de cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatorio, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.
2. A UDPA deve articular-se com unidades da REDE, ou com respostas sociais já existentes, em termos a definir.
3. A UDPA funciona 8 horas por dia, no mínimo nos dias úteis.

Artigo 16.º

Serviços da unidade de dia e promoção da autonomia

A UDPA assegura, designadamente:

- a) Cuidados de manutenção e de estimulação;
- b) Cuidados médicos;
- c) Cuidados de reabilitação e de enfermagem;
- d) Controle fisiátrico periódico;
- e) Apoio psicossocial;
- f) Animação sociocultural;
- g) Alimentação;
- h) Higiene pessoal, quando necessária.

SECÇÃO III Equipas hospitalares

Artigo 17.º Equipa de gestão de altas

1. A EGA é uma equipa hospitalar multidisciplinar, sediada em hospital integrado no Sistema Regional de Saúde, que avalia e confirma a proposta de referenciação dos utentes para as unidades e equipas da REDE.
2. As equipas referidas no número anterior fazem o planeamento da alta relativamente a todos os doentes que necessitem de cuidados continuados integrados, imediatamente após um internamento hospitalar, bem como a todos os doentes que apresentem um grau de dependência que não lhes permita o regresso ao domicílio em condições de segurança ou aqueles em que seja necessária uma avaliação mais precisa do grau de dependência.
3. As EGA integram, um médico, um enfermeiro, e um assistente social, podendo integrar outros profissionais, nomeadamente, para apoio administrativo, sempre que se justificar face ao volume e a complexidade das respetivas atividades.
4. Os profissionais que integram as EGA são designados pelo conselho de administração do hospital e exercem as suas funções preferencialmente em regime de tempo inteiro.
5. Quando, em função da dimensão da área de intervenção, não for possível ou adequado que todos os profissionais se encontrem a tempo inteiro, devem ser fixados horários ajustados que garantam o normal funcionamento da EGA, os quais devem constar do respetivo regulamento interno.
6. À EGA devem ser sinalizados, pelo serviço onde se encontram internados, todos os doentes que necessitem de cuidados continuados integrados, para proceder a um planeamento articulado e atempado.
7. Em cada hospital integrado no Sistema Regional de Saúde deve existir uma EGA.

Artigo 18.º Serviços da equipa de gestão de altas

A EGA assegura, designadamente:

- a) A articulação com as equipas terapêuticas hospitalares para programação de altas hospitalares;
- b) O encaminhamento dos pedidos de admissão para a REDE, através da ECL;
- c) O encaminhamento para outras respostas e serviços da comunidade que se revelem necessários e adequados à problemática de saúde e social dos utentes.

SECÇÃO IV Equipas domiciliárias

Artigo 19.º Equipa de cuidados continuados integrados

1. A ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e

das entidades de apoio social, vocacionada para a prestação de serviços domiciliários, com caráter transitório, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação, e apoio social ou outros a pessoas em situação de dependência funcional, ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.

2. A ECCI apoia-se nos recursos locais disponíveis em cada centro de saúde, conjugados com a entidade que presta apoio social.
3. A ECCI organiza-se em equipas móveis e garante a prestação de cuidados multidisciplinares centrados na promoção do autocuidado, envolvendo os utentes e seus familiares, favorecendo a permanência no domicílio, por forma a retardar a progressão da doença, a hospitalização e a perda de autonomia.
4. As equipas de cuidados continuados integrados são constituídas no âmbito das unidades de cuidados na comunidade.

Artigo 20.º Serviços da equipa comunitária de cuidados continuados integrados

A ECCI assegura, designadamente:

- a) Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas, e regulares e ter por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa;
- b) Cuidados de reabilitação e fisioterapia;
- c) Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- d) Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- e) Apoio na satisfação das necessidades básicas;
- f) Apoio no desempenho das atividades instrumentais da vida diária.

CAPÍTULO IV Acesso e ingresso na REDE

Artigo 21.º Referenciação para unidades e equipas da REDE

1. Sem prejuízo do disposto no artigo 31.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto-lei n.º 136/2015, de 28 de julho, para as unidades e equipas da REDE podem ser referenciadas as pessoas com limitação funcional, em processo de doença crónica ou na sequência de doença aguda, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida e com necessidades de cuidados de saúde e de apoio social.
2. São ainda condições gerais de admissão em todas as tipologias da REDE as seguintes situações:
 - a) A alimentação entérica;
 - b) O tratamento de úlceras de pressão e ou feridas;
 - c) A manutenção e tratamento de estomas;
 - d) A terapêutica parentérica;

- e) As medidas de suporte respiratório, designadamente, a oxigenoterapia ou a ventilação assistida não invasiva;
 - f) Ajuste terapêutico e ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada.
3. Para a UC são também critérios de referenciação as situações que, na sequência de episódio de doença aguda, impliquem perda de funcionalidade transitória, e careçam de cuidados de saúde que, pela sua complexidade e duração não possam ser prestados no domicílio com previsibilidade de recuperação ou ganhos funcionais atingíveis até 30 dias consecutivos que requeiram:
- a) Cuidados médicos diários e de enfermagem permanentes;
 - b) Reabilitação funcional intensiva;
4. Para a UMDR, para além do disposto no n.º 2 da presente portaria, são critérios de referenciação as situações que na sequência de doença aguda ou reagudização de doença crónica, impliquem perda de funcionalidade, careçam de continuidade de cuidados de saúde, reabilitação funcional e apoio social e pela sua complexidade ou duração não possam ser assegurados no domicílio com previsibilidade de ganhos funcionais atingíveis até 90 dias consecutivos, que requeiram:
- a) Cuidados médicos diários, de enfermagem, permanentes;
 - b) Reabilitação funcional;
5. Para além do disposto no n.º 2, são critérios de referenciação para a ULDM as situações que impliquem a prestação de cuidados de apoio social, continuação de cuidados de saúde e manutenção do estado funcional, que pela sua complexidade ou duração, não possam ser assegurados no domicílio e tenham necessidade de internamento num período superior a 90 dias consecutivos que requeiram:
- a) Cuidados médicos regulares e cuidados de enfermagem permanentes;
 - b) Reabilitação funcional de manutenção;
 - c) Internamento em situações temporárias por dificuldade de apoio familiar e necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano, desde que satisfeitas as circunstâncias e critérios de referenciação enunciados nos n.os 1 e 2 deste artigo.
6. São critérios de referenciação para UDPA as situações que necessitam de prestação de cuidados de apoio social, saúde, promoção da autonomia ou manutenção do estado funcional de pessoas que podendo permanecer no domicílio não podem aí ver assegurados esses cuidados face à sua complexidade ou duração.
7. As ECCI destinam-se a pessoas em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, cujo critério de referenciação assenta na fragilidade, limitação funcional grave condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida, que reúnam condições no domicílio que permitam

a prestação de cuidados continuados integrados que requeiram:

- a) Frequência de prestação de cuidados de saúde superiores a uma vez por dia, ou, a prestação de cuidados de saúde superior a 1 hora e trinta minutos por dia, no mínimo de três dias por semana;
 - b) Cuidados além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins-de-semana e feriados;
 - c) Complexidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação ao nível da reabilitação;
 - d) Necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal.
8. Consideram-se critérios de não admissão em unidades e equipas da REDE, as pessoas:
- a) Com episódio de doença em fase aguda;
 - b) Com necessidade exclusiva de apoio social;
 - c) Cujo objetivo de internamento seja o estudo de diagnóstico;
 - d) Cujo regime terapêutico inclua antibióticos de uso exclusivo hospitalar;
 - e) Com necessidades de cuidados paliativos.

Artigo 22.º

Processo de referenciação

1. Os profissionais de saúde dos hospitais, designadamente, médicos, enfermeiros e assistentes sociais, referenciam as pessoas com critérios clínicos para potencial ingresso na REDE, de acordo com a seguinte informação:
- a) Diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doença;
 - b) Registo de comorbilidades;
 - c) Classificação do grau de funcionalidade segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde;
 - d) Avaliação médica, de enfermagem, do serviço social e qualquer outra informação relevante;
 - e) Proposta da tipologia de cuidados da REDE.
2. A referenciação pode ser realizada desde o início do internamento até quatro dias antes da data prevista da alta.
3. A EGA receciona a proposta de referenciação e no prazo de dois dias úteis, avalia e confirma toda a informação até ao momento da alta, designadamente:
- a) Informação da situação clínica e medicação;
 - b) Indicação das necessidades em cuidados;
 - c) Informação do serviço social;
 - d) Informação dos meios complementares de diagnóstico, e terapêutica realizados;
 - e) Anotações sobre o programa de seguimento do utente e de marcações de próximas consultas ou exames complementares com identificação do responsável pelo seguimento quando aplicável.
4. Sempre que o utente seja proveniente da comunidade, nomeadamente, do domicílio a referenciação é efetuada, com as devidas adaptações, pelos profissionais das unidades de saúde familiar e das unidades de cuidados de saúde

personalizados sendo aplicável o procedimento previsto no n.º 1 do presente artigo.

5. Os profissionais de saúde que prestam cuidados na comunidade sinalizam às unidades de saúde referidas no número anterior, os doentes com potencial de referência.
6. Os profissionais de saúde que integram as unidades de saúde familiar ou das unidades de cuidados de saúde primários enviam à ECL a proposta de referência no prazo máximo de cinco dias, após o início da referência.
7. A ECL valida a proposta de referência e a tipologia adequada.
8. Na referência do utente para unidade ou equipa deve ter-se em conta a proximidade da área do domicílio do utente, relativamente à unidade ou equipa e sempre que possível ter em consideração a sua preferência.

Artigo 23.º

Processo de admissão nas unidades e equipas

1. A admissão de utentes nas unidades e equipas é precedida de proposta de referência dos profissionais de saúde dos hospitais e dos cuidados de saúde primários.
2. A ECR determina, no prazo máximo de dois dias úteis, a alocação de vaga do utente em unidade ou equipa da REDE, na medida dos recursos e vagas existentes.
3. A admissão do utente na unidade ou equipa da REDE efetiva-se no prazo de 48 horas.
4. Para efeitos de admissão nas unidades de internamento e equipas domiciliárias da REDE é necessário obter o prévio consentimento informado por parte do utente e ou dos seus familiares, ou do seu representante legal.
5. Para além do documento referido no número anterior, a admissão nas UMDR, ULDM e UDPA, carece ainda da assinatura do termo de aceitação das situações de participação do utente e da tomada de conhecimento da necessidade de celebração de contrato de prestação de serviços com a entidade gestora ou promotora, no momento da admissão, em conformidade com a legislação aplicável.
6. As unidades e equipas prestadoras, após admissão do utente podem, sempre que necessário, solicitar à ECR a sua reavaliação.

CAPÍTULO V

Continuidade de cuidados integrados, prorrogação, mobilidade e alta

Artigo 24.º

Continuidade da prestação de cuidados

1. Para a concretização dos objetivos terapêuticos, a continuidade da prestação de cuidados a cada utente deve ser reavaliada quinzenal ou

mensalmente pela unidade, conforme se trate de UC ou de UMDR, e trimestralmente, de ULDM, e mensalmente na UDPA e nas equipas domiciliárias, salvaguardando-se sempre nas diferentes tipologias as eventuais avaliações intercalares que sejam necessárias.

2. Nas situações em que os utentes internados em unidades ou integrados em equipas de cuidados continuados integrados da REDE careçam de cuidados em hospital integrado no Sistema Regional de Saúde, por período superior a 24 horas, pode ocorrer reserva de lugar, por um período de oito dias, contando os dias de reserva para a determinação da taxa de ocupação da unidade.
3. Sem prejuízo do disposto no número anterior, em situações excecionais devidamente comprovadas e justificadas do ponto de vista clínico, o período de oito dias de reserva de lugar pode ser alargado até ao máximo de doze dias, com autorização da respetiva ECL.

Artigo 25.º

Procedimentos de prorrogação, mobilidade e alta

1. Sempre que esgotados os prazos de internamento ou de integração nas ECCL, fixados no artigo 21.º da presente portaria, e se não atingidos os objetivos terapêuticos, pode haver lugar a pedido de prorrogação do internamento do utente ou pode haver necessidade de mobilidade do utente para outra unidade de internamento ou equipa mais adequada à melhoria ou recuperação da sua situação clínica e social.
2. Para efeitos de prorrogação do internamento nas circunstâncias enunciadas no número anterior, a unidade elabora proposta fundamentada, até 5 dias antes do período máximo previsto, a qual submete a autorização da ECR.
3. A ECL assegura, sob prévia autorização da ECR, sempre que excedidos os períodos máximos previstos para a unidade da REDE e após reavaliação da situação a continuidade do utente na respetiva unidade.
4. Sempre que considerada a necessidade de mobilidade por transferência do utente, deve a unidade ou equipa elaborar proposta fundamentada à ECL da área de influência da unidade para respetiva validação.
5. A mobilidade por transferência do utente deve ter em consideração o critério de proximidade ao domicílio deste, sendo prioritária em relação aos utentes em lista de espera para admissão na REDE.
6. Para efeitos do disposto no número anterior, e caso não haja coincidência entre o domicílio do utente e a área geográfica da unidade ou equipa, compete a ECL da área da unidade articular-se com a ECR com vista à observância do critério de proximidade.
7. Os utentes internados em unidade, quando agudizam e carecem de cuidados em hospital

integrado no Sistema Regional de Saúde, por período temporal superior ao determinado nos n.ºs 2 e 3 do artigo anterior, beneficiam de prioridade na readmissão na REDE.

8. A preparação da alta é da responsabilidade da unidade em colaboração com a ECL, devendo ser iniciada com uma antecedência que permita a continuidade de cuidados.

CAPÍTULO VI Organização da REDE

Artigo 26.º Organização

1. As unidades ou equipas da REDE, previstas no artigo 8.º da presente portaria, são criadas por despacho dos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social, mediante proposta da ECR, a partir da adaptação ou reconversão das estruturas já existentes, ou a criar, e vocacionadas para dar resposta aos objetivos da REDE.
2. Em função das necessidades e com vista ao aproveitamento integral dos recursos locais, as unidades e equipas da REDE podem ser organizadas e combinadas de forma mista, desde que assegurem os respetivos espaços, equipamentos, e outros recursos específicos de cada resposta, sem prejuízo da eficaz e eficiente prestação contínua e integrada de cuidados.
3. As unidades e equipas da REDE, segundo as características e o volume de necessidades, podem diferenciar-se de acordo com diferentes patologias e organizar-se internamente conforme os graus de dependência das pessoas.

Artigo 27.º Instrumentos de utilização comum

1. A gestão da REDE assenta num sistema de informação a criar nos termos legais.
2. É obrigatória a existência, em cada unidade ou equipa, de um processo individual de cuidados continuados da pessoa em situação de dependência, nos termos do artigo 36.º da presente portaria.
3. Os instrumentos de utilização comum devem permitir a gestão uniforme dos diferentes níveis de coordenação da REDE.

Artigo 28.º Funcionamento das unidades

1. As unidades referidas nos artigos 9.º a 16.º da presente portaria dispõem de um regulamento interno de funcionamento que contém, designadamente, os seguintes elementos:
 - a) Direção técnica, direção clínica e mapa de pessoal, no qual seja indicado o número de profissionais por categoria, bem como o correspondente número de horas a afetar à unidade;

- b) Direitos e deveres dos utentes e seus familiares ou cuidadores informais;
- c) Serviços e cuidados disponíveis;
- d) Condições de pagamento do valor/dia dos respetivos encargos, por parte do utente.
- e) Condições do depósito de bens do utente;
- f) Condições de admissão, mobilidade, alta e reserva de lugar;
- g) Horários de funcionamento, nomeadamente, horário das refeições;
- h) Gestão de reclamações;
- i) Demais regras de funcionamento.

2. O regulamento interno é elaborado pela entidade promotora ou gestora da unidade, e antes da entrada em funcionamento da unidade, é enviado à ECR para aprovação, a efetuar no prazo de 30 dias úteis, contados da data de receção do mesmo.

Artigo 29.º Funcionamento das equipas domiciliárias

1. A prestação de cuidados pelas equipas domiciliárias exige uma avaliação multidisciplinar das necessidades do utente e implica a elaboração de um plano individual de intervenção.
2. As condições de funcionamento das equipas domiciliárias constam de carta de compromisso a celebrar entre os centros de saúde e os competentes serviços do ISSM, IP-RAM, sem prejuízo da existência de regulamentos internos respetivos.

Artigo 30.º Processo individual do utente

1. As unidades e equipas que integram a REDE devem organizar o processo individual de cuidados continuados (PICC) em suporte informático ou em papel, que inclui, designadamente:
 - a) Identificação do utente;
 - b) Data de admissão;
 - c) Identificação e contacto do médico assistente;
 - d) Identificação e contacto do "Gestor de Caso" da unidade ou da equipa da REDE;
 - e) Identificação e contactos dos familiares, cuidadores informais e representante legal quando exista;
 - f) Cópia do Consentimento Informado e do Termo de Aceitação, quando aplicável;
 - g) Contrato de prestação de serviços;
 - h) Plano individual de intervenção;
 - i) Registos relativos à evolução do estado de saúde do utente no âmbito dos respetivos planos individuais de cuidados;
 - j) Nota de alta.
2. O PICC do utente deve ser permanente atualizado, e no que respeita a registo de observações, prescrições, administração de terapêutica, e a prestação de serviços e cuidados, deve ser anotada a data e a hora em que foram realizados, bem como a identificação do seu autor.
3. O PICC é de acesso restrito nos termos da legislação aplicável.

4. As unidades e equipas que integram a REDE asseguram o arquivo do PICC, em conformidade com a legislação vigente.

Artigo 31.º
Acesso à informação

1. As unidades que integram a REDE devem ter disponível e em local bem visível e de fácil acesso a seguinte informação e documentos:
 - a) Licença ou autorização de funcionamento;
 - b) Horário de atendimento;
 - c) Identificação do diretor técnico;
 - d) Identificação do diretor clínico e do enfermeiro coordenador;
 - e) Horário de funcionamento, incluindo o horário das visitas;
 - f) Plano e horário das atividades;
 - g) Mapa semanal das ementas;
 - h) Referência à existência de regulamento interno e de livro de reclamações.
2. As unidades devem ser identificadas mediante afixação de placa identificativa com logótipo da REDE e respetiva tipologia, em conformidade com as regras definidas pelas entidades competentes.

CAPÍTULO VII
Qualidade e avaliação

Artigo 32.º
Promoção e garantia da qualidade

Os modelos de promoção e gestão da qualidade são fixados por despacho dos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social e assentam em métodos de medição, análise e melhoria contínua, sendo de aplicação obrigatória em cada uma das unidades ou equipas da REDE.

Artigo 33.º
Avaliação

As unidades e equipas que integram a REDE estão sujeitas a um processo periódico de avaliação da iniciativa da ECR, nos termos a regulamentar por despacho dos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social.

CAPÍTULO VIII
Recursos

Artigo 34.º
Recursos Humanos

1. A política de recursos humanos para as unidades e equipas da REDE rege-se por padrões de qualidade, consubstanciada através de formação inicial e contínua.
2. A prestação de cuidados nas unidades e equipas da REDE é garantida por equipas multidisciplinares com dotações adequadas à garantia de uma prestação de cuidados seguros e de qualidade.
3. De forma a assegurar níveis adequados de qualidade na prestação dos cuidados, e enquanto não forem estabelecidos rácios padrão adequados à complexidade de cuidados, as unidades e equipas

da REDE poderão seguir, consoante as suas dimensões, as recomendações mencionadas no Anexo IV da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, com as alterações introduzidas pelas Portarias n.ºs 289-A/2015, de 17 de setembro, e 50/2017, de 2 de fevereiro, sem prejuízo das especificidades que venham a ser aprovadas pelas entidades regionais competentes.

4. As unidades e equipas da REDE podem, ainda, contar com a colaboração de voluntários devidamente selecionados, formados e enquadrados como prestadores de cuidados informais.

CAPÍTULO IX
Instalações, licenciamento, fiscalização e funcionamento das unidades da REDE

Artigo 35.º
Licenciamento, fiscalização e funcionamento

1. As instalações das unidades da REDE devem estar em conformidade com a legislação comunitária, nacional e regional vigente.
2. O regime jurídico do licenciamento e fiscalização das unidades que integram a REDE é estabelecido em diploma próprio.
3. A definição e caracterização dos espaços necessários ao desenvolvimento das atividades das unidades da REDE, assim como as condições de funcionamento são as fixadas pela Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, assim como as instalações devem estar dotadas com os requisitos técnicos definidos nos Anexos I, II, e III daquela portaria, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro, sem prejuízo das especificidades que venham a ser aprovadas pelas entidades regionais competentes.
4. Para efeitos do disposto nos números anteriores mantêm-se válidas as licenças das unidades emitidas ao abrigo da legislação vigente antes da entrada em vigor da presente portaria.

CAPÍTULO X
Adesão à REDE

Artigo 36.º
Pedido de Adesão

1. O pedido de adesão, por parte das entidades promotoras e gestoras referidas no n.º 2 do artigo 2.º da presente portaria, que ainda não integrem a REDE, formaliza-se mediante o preenchimento de formulário a aprovar por despacho dos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social, e que será disponibilizado no sítio da Internet do ISSM, IP-RAM e do IASAÚDE IP-RAM.
2. O formulário a que se refere o número anterior deve ser devidamente preenchido e assinado por quem tenha competência para o ato, nos termos legais, e entregue na ECR.

Artigo 37.º Processo de Adesão

1. Instruído o pedido de adesão, a ECR aprecia e emite parecer sobre a admissão da candidatura, no prazo de trinta dias úteis contados da data de receção do pedido, tendo em conta o seguinte:
 - a) Cobertura territorial de acordo com os rácios definidos, pelos organismos competentes, para cada uma das tipologias da REDE;
 - b) Adequabilidade da intervenção proposta face ao disposto no presente diploma.
2. Para efeitos do disposto no número anterior, a ECR deve obrigatoriamente promover a participação dos competentes serviços do ISSM IP-RAM, e do IASAÚDE, IP-RAM, nas decisões a tomar.
3. Na sequência da emissão de parecer favorável, deve a entidade promotora ou gestora proceder à entrega dos seguintes documentos:
 - a) Planta de localização;
 - b) Planta de implantação do/s edifício/s;
 - c) Planta de todos os pisos onde se localiza a unidade, incluindo os espaços partilhados, com indicação dos equipamentos;
 - d) Estudo prévio de arquitetura e das especialidades de engenharia com escala tecnicamente adequada, nos termos da legislação em vigor.

Artigo 38.º Instrução do processo

Na sequência da emissão do parecer favorável referido no artigo anterior, a entidade promotora procede à entrega dos documentos instrutórios junto do IASAÚDE, IP-RAM e do ISSM, IP-RAM, consoante a tipologia das unidades e em conformidade com a legislação em vigor.

Artigo 39.º Decisão

A decisão sobre a adesão à REDE compete aos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social, sob proposta da ECR e fundamentada nos pareceres favoráveis do ISSM IP-RAM, e do IASAÚDE, IP-RAM.

Artigo 40.º Celebração de contrato

1. A adesão formaliza-se com a celebração de contrato, em modelo próprio, a aprovar por Resolução de Conselho de Governo.
2. O contrato referido no número anterior é celebrado entre a entidade gestora ou promotora e o IASAÚDE, IP-RAM, salvo o disposto no número seguinte.
3. Quando se trate de unidades de internamento de média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e de ambulatório, o contrato é celebrado entre a entidade gestora ou promotora, o IASAÚDE, IP-RAM e o ISSM, IP-RAM.

Artigo 40.º - A Contratualização e Incentivos

1. A contratualização de indicadores de desempenho com as Unidades de Cuidados Continuados Integrados deve assegurar o necessário equilíbrio entre exigência e exequibilidade, no sentido de conduzir a ganhos de saúde, bem como remunerar o desempenho das Unidades, com a atribuição de incentivos.
2. Os termos de referência para a contratualização de cuidados continuados integrados são aprovados pelos membros responsáveis pelas finanças e pela saúde e publicados mediante despacho conjunto.

Artigo 40.º - B Atribuição de Incentivos

- 1- Em função dos indicadores de resultados em saúde, a entidade promotora e gestora de unidades de longa duração e manutenção terá direito, a título de incentivo de desempenho, uma remuneração adicional, calculada e atribuída, nos termos das alíneas seguintes:
 - a) O incentivo regulado pela presente Portaria, corresponde a um custo médio adicional para implementação de medidas de prevenção de úlceras de pressão e quedas, apurado por dia e por doente;
 - b) A atribuição dos incentivos depende da avaliação do grau de cumprimento dos indicadores de resultado, constantes do Anexo II;
 - c) Para efeitos do número anterior, os indicadores são apurados pelo IASAÚDE, IP-RAM, segundo as regras de cálculo aprovadas na metodologia de contratualização para a REDE;
 - d) O incentivo tem como valor máximo o correspondente ao produto do valor do incentivo utente/dia pelo número de dias de internamento realizados;
 - e) O incentivo é pago no final de cada ano de vigência do contrato, só devendo ser faturado nessa altura.
- 2- O pagamento é feito em função da avaliação do grau de cumprimento dos indicadores de resultado, conforme os intervalos de referência e variações aceitáveis, constantes do ponto 1 do Anexo II, da presente alteração.
- 3- Para efeitos do número anterior o IASAÚDE, IP-RAM pode promover a realização de uma auditoria clínica, com o objetivo de verificar o cumprimento dos resultados.

Artigo 40.º - C Acompanhamento Interno e Acompanhamento Externo

- 1- O acompanhamento interno do processo de contratualização compete ao IASAÚDE, IP-RAM e ao ISSM, IP-RAM, de acordo com a tipologia de Unidade.

- 2- O acompanhamento externo é assegurado pela Comissão Técnica, criada pela Resolução n.º 914/2018, publicada no JORAM, I Série, Número 193, de 22 de novembro que, neste âmbito exercerá as seguintes funções:

- a) Acompanhar o processo de contratualização e apuramento de resultados;
- b) Receber informação e analisar as conclusões da avaliação anual;
- c) Mediar os eventuais conflitos entre o IASAÚDE, IP-RAM, ISSM – IP-RAM, e a UNIDADE, emergentes do processo de contratualização e apuramento de resultados.

CAPÍTULO XI Financiamento da REDE

Artigo 41.º Financiamento

O financiamento da REDE depende das condições de funcionamento das respetivas respostas e obedece ao princípio da diversificação das fontes de financiamento e da adequação seletiva, mediante modelo de financiamento próprio nos termos previstos nos artigos seguintes da presente portaria.

Artigo 42.º Modelo de Financiamento

1. Os encargos decorrentes do funcionamento das respostas da REDE são repartidos pelos setores da saúde e da segurança social em função da tipologia dos cuidados prestados, nos seguintes termos:
 - a) As unidades de convalescença são integralmente da responsabilidade do IASAÚDE, IP-RAM;
 - b) As unidades, de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção, de dia e promoção da autonomia, e as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados, são da responsabilidade dos dois setores em função da natureza dos cuidados prestados.
2. O financiamento de cada tipo de serviços é específico, com preços adequados, para assegurar a sustentabilidade e a prestação de cuidados com qualidade.
3. O financiamento das diferentes unidades e serviços da REDE deve ser diferenciado através de um centro de custo próprio para cada tipo de serviço.
4. Os encargos com a prestação de cuidados continuados de saúde são da responsabilidade do IASAÚDE, IP-RAM e os encargos com a prestação de cuidados de apoio social são da responsabilidade do ISSM, IP-RAM.
5. A utilização das unidades de internamento, de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção, da REDE, é comparticipada pela pessoa na situação de dependência em função do seu rendimento nos termos dos artigos 47.º e 48.º da presente portaria.
6. A utilização das unidades de dia e promoção de autonomia e equipas de cuidados continuados

integrados da REDE poderá ser comparticipada pela pessoa na situação de dependência, nos termos a regulamentar por portaria conjunta dos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde, segurança social e finanças.

Artigo 43.º Preços dos cuidados de saúde e de apoio social

1. Os preços para a prestação dos cuidados de saúde e de apoio social nas unidades de internamento e de ambulatório no âmbito da REDE são fixados, sem prejuízo do disposto no n.º 4 do presente artigo, na tabela de preços prevista no anexo à presente portaria que dela faz parte integrante.
2. Os preços são fixados por dia e por utente, e compreendem todos os cuidados e serviços contratualizados, com exceção dos encargos referidos no n.º 4.
3. Os encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde são da responsabilidade do IASAÚDE, IP-RAM, e os encargos decorrentes da prestação dos cuidados de apoio social são da responsabilidade do utente, havendo o direito à comparticipação da segurança social, nos termos do artigo 45.º da presente portaria.
4. O valor correspondente aos cuidados prestados no âmbito das unidades da REDE a beneficiários do Serviço Regional de Saúde, quando haja um terceiro responsável, legal ou contratualmente, ou a não beneficiários do Serviço Regional de Saúde é cobrado diretamente aos respetivos responsáveis, nos termos da tabela de preços referida no n.º 1 do presente artigo.
5. Para efeitos do disposto no número anterior, os subsistemas de saúde devem acordar com as entidades prestadoras integradas na REDE, nomeadamente com as instituições do setor privado e do setor social, os procedimentos a observar no âmbito da identificação dos beneficiários e da elaboração, processamento e pagamento da faturação.

Artigo 44.º Encargos com fraldas

1. Os encargos decorrentes da utilização de fraldas nas ULDM integradas na REDE são objeto de comparticipação do ISSM, IP-RAM, fixado por dia efetivo de internamento e por utente, nos termos da tabela que constitui o anexo à presente portaria que dela faz parte integrante.
2. Ao utente não pode ser exigido pela ULDM qualquer quantia pelos encargos decorrentes da utilização de fraldas.

Artigo 45.º Comparticipação da segurança social

1. A comparticipação da segurança social tem lugar sempre que o valor a pagar pelo utente, determinado nos termos do artigo 48.º da presente portaria, não assegure a totalidade dos encargos com a prestação dos cuidados de apoio social nas unidades de média duração e reabilitação e

- unidades de longa duração e manutenção, fixados na tabela de preços, referida no artigo 43.º da presente portaria.
2. O valor da comparticipação da segurança social corresponde ao diferencial entre os encargos com a prestação dos cuidados de apoio social e o valor a pagar pelo utente, nos termos referidos no número anterior.
 3. A comparticipação da segurança social devida ao utente é transferida diretamente para entidade gestora ou promotora da respetiva unidade, pelos serviços competentes do ISSM, IP-RAM.

Artigo 46.º
Rendimentos a considerar

1. Os rendimentos a considerar na determinação do valor a pagar pelo utente, para efeitos do disposto no artigo 45.º da presente portaria, são os seguintes:
 - a) [Revogado];
 - b) [Revogado];
 - c) Rendimentos de capitais;
 - d) Rendimentos prediais;
 - e) Incrementos patrimoniais;
 - f) Pensões;
 - g) Subsídio mensal vitalício;
 - h) Prestações sociais substitutivas dos rendimentos do trabalho, designadamente, subsídios de desemprego, doença, maternidade e paternidade;
 - i) Outras prestações sociais atribuídas, complementarmente, a pessoas idosas ou em situação de dependência, nomeadamente:
 - i. Complemento solidário para idosos;
 - ii. Complemento por cônjuge a cargo;
 - iii. Complemento por dependência;
 - iv. Complemento extraordinário de solidariedade.
2. Para efeitos do disposto no número anterior, consideram-se os rendimentos mensais do utente.
3. [Revogado].

Artigo 47.º
Apuramento dos rendimentos

1. O apuramento dos rendimentos do utente, a que reportam as alíneas c) a e) do artigo anterior, é efetuado através da última nota de liquidação do imposto sobre o rendimento das pessoas singulares (IRS) disponível nos termos do CIRS.
2. Os rendimentos resultantes das prestações referidas nas alíneas g), h) e i) do artigo anterior processadas pelas instituições de segurança social são apurados oficiosamente.
3. Nos casos em que não exista nota de liquidação do imposto sobre o rendimento das pessoas singulares, o apuramento dos rendimentos referidos no n.º 1 do presente artigo é efetuado através de:

- a) Documentos comprovativos dos rendimentos, a que se referem as alíneas c) a e) do n.º 1 do artigo anterior, auferidos no último mês;
 - b) Documentos comprovativos dos rendimentos, a que se refere a alínea f) do n.º 1 do artigo anterior, respeitantes ao último ano civil, emitidos pela entidade processadora das pensões ou apurados oficiosamente quando a respetiva entidade for uma instituição de segurança social.
4. [Revogado].
 5. [Revogado].
 6. Sempre que se verifique uma degradação dos rendimentos do utente, o utente pode requerer, mediante pedido devidamente fundamentado, uma reavaliação da comparticipação.

Artigo 48.º
Determinação do valor a pagar pelo
utente nas unidades

1. Na unidade de média duração e reabilitação o valor a pagar pelo utente é determinado pela aplicação da percentagem de 60% do rendimento mensal do utente (RU).
2. Na unidade de longa duração e manutenção, o valor a pagar pelo utente corresponde a 85% do seu rendimento mensal.
3. O valor a pagar pelo utente, determinado nos termos dos números anteriores, não pode ultrapassar, em qualquer circunstância, os valores fixados na tabela de preços, referida no n.º 1 do artigo 43.º da presente portaria.
4. O valor a pagar pelo utente pode ser inferior ao valor apurado (VA) nos termos dos números 1 e 2, quando: $RU - VA < € 50$.
5. Na situação prevista no número anterior, o valor a pagar pelo utente corresponde a: $RU - € 50$.
6. O valor determinado nos termos dos números anteriores, corresponde ao montante a pagar pelos cuidados prestados durante um mês completo de calendário.
7. No caso de entradas e saídas não coincidentes, respetivamente, com o início e o fim de cada mês, o valor a pagar será o correspondente ao número de dias de cuidados prestados, multiplicado pelo valor diário a dividir por trinta dias.
8. O valor de comparticipação apurado, nos termos dos números anteriores do presente artigo, é pago pelo utente diretamente à entidade gestora ou promotora da respetiva unidade, nos termos do termo de aceitação e do contrato de prestação de serviços, previstos no n.º 5 do artigo 23.º da presente portaria.

9. A cobrança do valor da comparticipação devida pelo utente é da exclusiva responsabilidade da entidade gestora ou promotora.
10. As situações especiais decorrentes da ausência, perda ou diminuição grave de rendimentos poderão determinar a isenção, redução ou suspensão do pagamento mensal das comparticipações devidas, mediante decisão fundamentada dos órgãos competentes.

Artigo 49.º

Documentos comprovativos a apresentar pelo utente

1. Para efeitos do disposto no artigo 45.º e seguintes o utente deve apresentar os seguintes documentos:
 - a) Cópia do documento de identificação;
 - b) Cópia do documento de identificação de beneficiário da segurança social ou de outros sistemas de proteção social;
 - c) Cópia do cartão de identificação fiscal do utente;
 - d) Cópia dos documentos comprovativos dos rendimentos, nos termos previstos no presente diploma.
2. Os utentes ficam dispensados da apresentação dos meios de prova dos rendimentos apurados oficiosamente pelas instituições de segurança social.

Artigo 50.º

Instrução do processo

1. A instrução do processo do utente, para apuramento dos seus rendimentos, é feita de forma individualizada pelo representante da segurança social na ECL da REDE.
2. Para efeitos do disposto no número anterior, o representante da segurança social, após a referenciação do utente para admissão na unidade, procede, no prazo de quarenta e oito horas, à instrução do processo com base nos documentos referidos no artigo 49.º da presente portaria e determina o valor diário a pagar pelo utente, nos termos dos artigos anteriores e, em consequência, o valor da comparticipação da segurança social, se a ela houver lugar.
3. Concluída a instrução do processo, o utente é informado da unidade para a qual está referenciado, do valor diário que lhe compete pagar pelos cuidados de apoio social e da eventual comparticipação da segurança social, bem como da necessidade de prestar o seu consentimento para a respetiva admissão.
4. O consentimento para admissão na unidade é prestado mediante termo de aceitação do internamento, em modelo a aprovar pelo conselho diretivo do ISSM, IP-RAM, assinado pelo próprio ou por representante, no qual se responsabiliza pelo internamento nas condições constantes do respetivo termo de aceitação.

Artigo 51.º

Revisão do valor a pagar

1. O valor a pagar pelo utente nas unidades é revisto sempre que ocorra a renovação da prova de

rendimentos nos termos previstos no artigo seguinte.

2. Quando ocorra uma revisão do valor a pagar pelo utente, é renovado o consentimento previsto no n.º 4 do artigo anterior.

Artigo 52.º

Renovação da prova de rendimentos do utente

1. A renovação da prova de rendimentos ocorre no início de cada ano civil.
2. Para aplicação do disposto no número anterior, o utente é obrigado à renovação anual da prova de rendimentos até final do ano civil anterior, salvo quando se tratar de rendimentos apurados oficiosamente pelo ISSM, IP-RAM.
3. Quando a data de admissão na unidade ocorre no último trimestre do ano civil, o utente fica isento, nesse ano, da renovação prevista no número anterior, procedendo-se, quando necessário, à atualização dos rendimentos nos termos previstos no n.º 5 do artigo 47.º da presente portaria.
4. Sem prejuízo do disposto no n.º 1 do presente artigo, a renovação da prova de rendimentos ocorre sempre que se registre uma alteração dos respetivos rendimentos.

Artigo 53.º

Cessação da comparticipação da segurança social

A comparticipação da segurança social cessa quando:

- a) Deixarem de se verificar as condições que deram lugar ao seu pagamento;
- b) Não for renovada a prova de rendimentos nos termos previstos no artigo anterior.

CAPÍTULO XII

Disposições finais e transitórias

Artigo 54.º

Autorização de funcionamento das unidades

Até à entrada em vigor do regime jurídico de licenciamento para as unidades da REDE, nos termos previstos no n.º 2 do artigo 35.º da presente portaria, a competência para a emissão da autorização de funcionamento incumbe ao IASAUDE, IP-RAM, mediante parecer prévio da ECR e do ISSM, IP-RAM.

Artigo 55.º

Adequação

1. As unidades que, até à data de entrada em vigor da presente portaria, integram a REDE, devem adequar-se às condições referidas no n.º 3 do artigo 35.º da presente portaria, desde que os espaços físicos existentes permitam as adaptações necessárias.
2. Após as vistorias, as entidades competentes devem elaborar relatório final sobre a adequação das instalações aos requisitos técnicos aplicáveis, bem como identificar as alterações necessárias a realizar, se tal for possível e financeiramente razoável.

Artigo 56.º

Comparticipação nos encargos da segurança social pelo orçamento da Região Autónoma da Madeira

1. Nas situações em que os encargos financeiros devam ser assumidos pelo orçamento do ISSM, IP-RAM, em harmonia com o previsto no artigo 45.º da presente portaria, e que tal não possa ser legalmente exequível por inexistência de dotação orçamental, os mesmos são suportados pela Secretaria Regional da Inclusão e Assuntos Sociais, através das dotações que lhe forem anualmente atribuídas pelo orçamento da Região Autónoma da Madeira.

2. Nas situações previstas no número anterior, o contrato de adesão a que se refere o artigo 40.º da presente portaria, é formalizado entre a entidade gestora ou promotora e a Secretaria Regional da Inclusão e Assuntos Sociais, o ISSM, IP-RAM e o IASAÚDE, IP-RAM.

Artigo 57.º
Vigência

A presente portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

ANEXO

(A que se refere o n.º 1 do artigo 43.º)

Tabela de Preços da REDE

Tipologia de UNIDADE	Encargos com cuidados de saúde (utente/ dia)	Encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão (utente/dia)	Encargos com cuidados de apoio social (utente/dia)	Encargos com utilização de fraldas (utente/dia)	Total em euros (utente/dia)
I — Diárias de internamento por utente					
Convalescença	91,00	15,09			106,09
Média duração e reabilitação	56,08	12,07	19,93		88,08
II - Diárias de Internamento em Longa Duração e Manutenção por utente					
	Encargos com cuidados de saúde, inclui medicamentos, realização exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão (utente/ dia)		Encargos com cuidados de apoio social (utente/dia)	Encargos com utilização de fraldas (utente/dia)	Total em euros (utente/dia)
Longa Duração e manutenção	33,64		36,46	1,64	71,74
III — Diárias de ambulatório por utente					
Unidade de dia/ promoção da autonomia	9,64				9,64

Anexo II
(A que se refere o Artigo 40.º - B)

Atribuição e Valor de Incentivos

UNIDADE: _____

1. INDICADORES DE RESULTADOS E VALOR DOS INCENTIVOS

Indicador	Intervalo de referência	Variação aceitável	Valor do Incentivo utente/dia(euros)
	Grau de cumprimento do Indicador		
Taxa de Efetividade de prevenção de úlceras de Pressão	97%	96%	2,40
Taxa de efetividade de prevenção de quedas	92%	88%	

2. INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO TRIMESTRAL

Indicador	Intervalo de referência	Variação aceitável
Taxa de incidência de úlcera de pressão	3 %	4%
Proporção de utentes com registo de quedas no período em análise	8%	11%

CORRESPONDÊNCIA

Toda a correspondência relativa a anúncios e assinaturas do Jornal Oficial deve ser dirigida à Direção Regional da Administração da Justiça.

PUBLICAÇÕES

Os preços por lauda ou por fração de lauda de anúncio são os seguintes:

Uma lauda	€ 15,91 cada	€ 15,91;
Duas laudas	€ 17,34 cada	€ 34,68;
Três laudas	€ 28,66 cada	€ 85,98;
Quatro laudas	€ 30,56 cada	€ 122,24;
Cinco laudas	€ 31,74 cada	€ 158,70;
Seis ou mais laudas	€ 38,56 cada	€ 231,36

A estes valores acresce o imposto devido.

EXEMPLAR**ASSINATURAS**

Números e Suplementos - Preço por página € 0,29

	Anual	Semestral
Uma Série	€ 27,66	€ 13,75;
Duas Séries	€ 52,38	€ 26,28;
Três Séries	€ 63,78	€ 31,95;
Completa	€ 74,98	€ 37,19.

A estes valores acrescem os portes de correio. (Portaria n.º 1/2006, de 13 de janeiro) e o imposto devido.

EXECUÇÃO GRÁFICA
IMPRESSÃO
DEPÓSITO LEGAL

Departamento do Jornal Oficial
Departamento do Jornal Oficial
Número 181952/02

Preço deste número: € 6,70 (IVA incluído)

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA



JORNAL OFICIAL

Sexta-feira, 4 de dezembro de 2020

I

Série

Número 229

Suplemento

Sumário

VICE-PRESIDÊNCIA DO GOVERNO REGIONAL E DOS ASSUNTOS
PARLAMENTARES E SECRETARIAS REGIONAIS DE SAÚDE E
PROTEÇÃO CIVIL E DE INCLUSÃO E SOCIAL E CIDADANIA

Portaria n.º 783/2020

Procede à segunda alteração à Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho, alterada pela Portaria n.º 424/2019, de 25 de julho, que define a coordenação e composição da Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma da Madeira, designada abreviadamente por REDE, e estabelece as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades e equipas que a integram.

**VICE-PRESIDÊNCIA DO GOVERNO REGIONAL E
DOS ASSUNTOS PARLAMENTARES E
SECRETARIAS REGIONAIS DE SAÚDE E
PROTEÇÃO CIVIL E DE INCLUSÃO E SOCIAL E
CIDADANIA****Portaria n.º 783/2020**

de 4 de dezembro

O XIII Governo Regional no seu programa do Governo estabelece como prioridade conceber um Modelo Regional de Cuidados Continuados Integrados, que seja uma verdadeira Rede de Suporte ao Doente, apostada nas tipologias, convalescença, média duração e reabilitação e cuidados de longa duração e manutenção, que se expanda também nas vertentes de: Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental e Cuidados Continuados Integrados Pediátricos.

O contexto extraordinário e de incerteza epidemiológica, por força da progressão da pandemia COVID-19, tiveram impacto na Rede de Cuidados Continuados Integrados da RAM (REDE), determinando a imperiosa necessidade de melhorar a eficiência e a capacidade de resposta dos sistemas prestadores de cuidados de saúde, em geral e dos cuidados de longa duração, em particular, bem como tornou mais exigente o quadro de intervenções no interface entre cuidados sociais e cuidados de saúde, realçando e acentuando a necessidade de, a curto prazo, se dar início à implementação desta medida prevista no Programa do Governo Regional.

Desde logo, como resposta às necessidades sentidas neste âmbito, o Governo Regional preparou um plano de implementação da REDE para o biénio de 2020-2021, que já contempla esta nova realidade de expansão da rede aos cuidados saúde mental e aos cuidados pediátricos, o qual foi aprovado através da Resolução n.º 773/2020, de 15 de outubro, publicada no JORAM; I série, n.º 196 de 19 de outubro, e procedeu a uma avaliação, expressa e normativa, do trajeto percorrido durante o período de relançamento da REDE que se iniciou em julho de 2018, revisitando os instrumentos e mecanismos de gestão da REDE, em vigor, Decreto Legislativo Regional n.º 9/2007/M, de 15 de março, alterado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 30/2012/M, de 8 de novembro, regulamentado através da Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho, alterada pela Portaria n.º 424/2019, de 25 de julho, de forma a adequá-los a esta nova realidade.

Assim, através da presente portaria estabelece-se o enquadramento legal da expansão da REDE, aos cuidados saúde mental e aos cuidados pediátricos.

Numa primeira fase, esta expansão apoiar-se-á no percurso nacional verificado nestas áreas, colhendo as experiências e quadro legal existente, até que se consolidem práticas e conhecimentos que permitam identificar claramente as especificidades e necessidades da RAM nestas áreas.

Ao nível dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, o Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, veio criar um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, que em 2015, através do Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, que procedeu à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, e à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, foram integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, consagrando assim, de forma expressa e inequívoca a sua articulação com as unidades e equipas da REDE.

Por sua vez, a Portaria n.º 343/2015, de 12 de outubro, posteriormente alterada pela Portaria n.º 153/2016, de 27 de maio, veio definir as condições de instalação e funcionamento das unidades de internamento e de ambulatório de cuidados continuados integrados pediátricos

e os procedimentos relativos às adesões dos serviços e estabelecimentos integrados no Sistema Nacional de Saúde (SNS) e das instituições do sector social e do setor privado destinados a cuidados pediátricos que venham aderir à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), impulsionando a instalação e funcionamento destas unidades que haviam ficado excluídas do âmbito da aplicação da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro.

Neste contexto, através da presente portaria procede-se à alteração da Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho, alterada pela Portaria n.º 424/2019, de 25 de julho, alargando a REDE aos Cuidados Continuados Integrados Pediátricos e integrando na sua composição o conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, determinando a aplicação dos diplomas nacionais existentes nestas áreas, até que se proceda à regulamentação regional.

No âmbito da gestão da REDE, com a extinção da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), criada pela Resolução do Conselho do Governo n.º 437/2017, de 20 de julho, pelo termo do seu prazo de duração, urge criar as condições necessárias para a existência de uma entidade que assuma a coordenação estratégica da REDE, já com esta nova dimensão, a qual deverá ter uma composição multidisciplinar e representação multisectorial, devendo os elementos que a integrem preencher critérios de formação, competência e experiência em áreas decisivas para a integração de cuidados de saúde.

Neste enquadramento, torna-se necessário alterar a Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho, alterada pela Portaria n.º 424/2019, de 25 de julho, de forma a efetuar alguns ajustamentos ao regime previsto naquele diploma mais consentâneos com os objetivos pretendidos.

Assim, ao abrigo do disposto na alínea d) do artigo 69.º do Estatuto Político Administrativo da Região Autónoma da Madeira, aprovado pela Lei n.º 13/91, de 5 de junho, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 130/99, de 21 de agosto, e pela Lei n.º 12/2000, de 21 de junho, conjugado com o disposto no artigo 3.º do Decreto Legislativo Regional n.º 30/2012/M, de 8 de novembro, no artigo 21.º do Estatuto do Sistema Regional de Saúde, aprovado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 4/2003/M, de 7 de abril, alterado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 23/2008/M, de 23 de junho, na alínea g) do artigo 5.º, e no artigo 18.º do Estatuto do Sistema de Ação Social da Área de Segurança Social na Região Autónoma da Madeira, aprovado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 9/2006/M, de 18 de abril, manda o Governo Regional da Madeira, pela Vice-Presidência do Governo Regional e pelas Secretarias Regionais de Saúde e Proteção Civil e de Inclusão e Social e Cidadania, o seguinte:

**Artigo 1.º
Objeto**

A presente portaria procede à segunda alteração à Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho, alterada pela Portaria n.º 424/2019, de 25 de julho, que define a coordenação e composição da Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma da Madeira, adiante designada abreviadamente por REDE, e estabelece as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades e equipas que a integram.

**Artigo 2.º
Alteração à Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho**

Os artigos 1.º, 2.º, 4.º e 5.º da Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho, alterada pela Portaria n.º 424/2019, de 25 de julho, passam a ter a seguinte redação:

“Artigo 1.º
[...]

- 1 - A presente portaria define a composição e coordenação da Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma da Madeira, adiante designada abreviadamente por REDE.
- 2 - Sem prejuízo do disposto no número seguinte e no n.º 2 do artigo 2.º, a presente portaria estabelece ainda:
 - a) As condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades e equipas que integram a REDE;
 - b) Os procedimentos relativos às adesões dos serviços e estabelecimentos integrados no Sistema Regional de Saúde (SRS) e das instituições do sector social e do setor privado que adiram à REDE.
 - c) O modelo de financiamento e fixa os preços dos cuidados prestados naquelas unidades.
- 3 - As condições de instalação e funcionamento das unidades de internamento e de ambulatório de cuidados continuados integrados pediátricos, bem como os procedimentos relativos às adesões dos serviços e estabelecimentos integrados no Sistema Regional de Saúde (SRS) e das instituições do sector social e do setor privado destinados a cuidados pediátricos que adiram à REDE, e ainda o modelo de financiamento e preços dos cuidados prestados naquelas unidades, são definidos por portaria a aprovar pelos membros responsáveis pelas áreas das finanças, da saúde e da segurança social.
- 4 - A presente portaria aplica-se às entidades integradas na REDE.

Artigo 2.º
[...]

- 1 - [...].
- 2 - A REDE é ainda constituída pelo conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental que se regem pelo disposto no Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, e respetivos diplomas que o regulamentam, sem prejuízo das adaptações e especificidades que vierem a ser aprovadas por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da saúde e da segurança social.
- 3 - [Anterior n.º 2].
- 4 - [Anterior n.º 3].

Artigo 4.º
Coordenação e estrutura da REDE

- 1 - A REDE compreende a existência de um nível de coordenação estratégica para todo o território da Região Autónoma da Madeira, sem prejuízo da coordenação operacional de nível regional e local.
- 2 - A coordenação estratégica da REDE é assegurada por uma entidade criada por resolução do conselho do Governo que regulamenta e define a sua composição, funcionamento e competências, podendo assumir a

estrutura de Unidade de Missão, Comissão ou Coordenação.

- 3 - Sem prejuízo do disposto no n.º 2 do artigo 2.º, a coordenação operacional da REDE organiza-se em dois níveis, nível regional e local, nos termos previstos nos artigos 5.º a 7.º da presente portaria.

4 - [...].

Artigo 5.º
Coordenação operacional e gestão REDE

- 1 - A coordenação operacional e gestão da REDE é assegurada pela Equipa de Coordenação Regional, adiante abreviadamente designada por ECR, de constituição multidisciplinar, a designar por um período de três anos, renovável por iguais períodos, por despacho dos membros do Governo Regional responsáveis pelas áreas da saúde e da segurança social, sendo constituída por:
 - a) [...];
 - b) [...];
 - c) [...].
- 2 - [...].
- 3 - [...].”

Artigo 2.º
Norma transitória

Até a aprovação da portaria a que se refere o n.º 3 do artigo 1.º com a redação dada pela presente portaria, as condições de instalação e funcionamento das unidades de internamento e de ambulatório de cuidados continuados integrados pediátrico e os procedimentos relativos às adesões dos serviços e estabelecimentos integrados no Sistema Regional de Saúde (SRS) e das instituições do sector social e do setor privado destinados a cuidados pediátricos que adiram à REDE, regem-se pelo disposto na Portaria n.º 343/2015, de 12 de outubro, alterada pela Portaria n.º 153/2016, de 27 de maio, sem prejuízo das adaptações que vierem a ser aprovadas por despacho conjunto dos membros do Governo Regional responsáveis pelas áreas previstas naquele normativo.

Artigo 3.º
Entrada em vigor e produção de efeitos

A presente portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação e produz efeitos a 1 de dezembro de 2020.

Vice-Presidência do Governo Regional e dos Assuntos Parlamentares, Secretaria Regional de Saúde e da Proteção Civil e Secretaria Regional de Inclusão Social e Cidadania, no Funchal, aos 29 dias do mês de novembro de 2020.

O VICE-PRESIDENTE DO GOVERNO REGIONAL E DOS ASSUNTOS PARLAMENTARES, Pedro Miguel Amaro de Bettencourt Calado

O SECRETÁRIO REGIONAL DE SAÚDE E PROTEÇÃO CIVIL, Pedro Miguel de Câmara Ramos

A SECRETÁRIA REGIONAL DE INCLUSÃO SOCIAL E CIDADANIA, Augusta Ester Faria de Aguiar

CORRESPONDÊNCIA

Toda a correspondência relativa a anúncios e assinaturas do Jornal Oficial deve ser dirigida à Direção Regional da Administração Pública e da Modernização Administrativa.

PUBLICAÇÕES

Os preços por lauda ou por fração de lauda de anúncio são os seguintes:

Uma lauda	€ 15,91 cada	€ 15,91;
Duas laudas	€ 17,34 cada	€ 34,68;
Três laudas	€ 28,66 cada	€ 85,98;
Quatro laudas	€ 30,56 cada	€ 122,24;
Cinco laudas	€ 31,74 cada	€ 158,70;
Seis ou mais laudas	€ 38,56 cada	€ 231,36

A estes valores acresce o imposto devido.

EXEMPLAR

ASSINATURAS

Números e Suplementos - Preço por página € 0,29

	Anual	Semestral
Uma Série	€ 27,66	€ 13,75;
Duas Séries	€ 52,38	€ 26,28;
Três Séries	€ 63,78	€ 31,95;
Completa	€ 74,98	€ 37,19.

A estes valores acrescentam os portes de correio. (Portaria n.º 1/2006, de 13 de janeiro) e o imposto devido.

EXECUÇÃO GRÁFICA
IMPRESSÃO
DEPÓSITO LEGAL

Gabinete do Jornal Oficial
Gabinete do Jornal Oficial
Número 181952/02

Preço deste número: € 1,22 (IVA incluído)



JORNAL OFICIAL

Terça-feira, 19 de julho de 2022

I

Série

Número 126

Sumário

SECRETARIAS REGIONAIS DAS FINANÇAS, DE SAÚDE E PROTEÇÃO CIVIL E DE INCLUSÃO SOCIAL E CIDADANIA

Portaria n.º 376/2022

Procede à 3.ª alteração à Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho, alterada pela Portaria n.º 424/2019, de 25 de julho e pela Portaria n.º 783/2020 de 4 de dezembro, que define a Coordenação e Composição da Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma da Madeira, abreviadamente por REDE, e estabelece as condições de instalações e funcionamento a que devem obedecer as unidades e equipas que a integram.

SECRETARIAS REGIONAIS DAS FINANÇAS E DE TURISMO E CULTURA

Portaria n.º 377/2022

Autoriza a distribuição dos encargos orçamentais relativos à construção, montagem e desmontagem de iluminações decorativas, nas Festas de Natal e do Fim do Ano 2022/2023 e 2023/2024 e nas Festas de Carnaval 2023 e 2024, na Região Autónoma da Madeira, no montante total de € 1.878.250,00.

SECRETARIAS REGIONAIS DAS FINANÇAS E DE INCLUSÃO SOCIAL E CIDADANIA

Portaria n.º 378/2022

Autoriza o Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM, abreviadamente designado por ISSM, IP-RAM a assumir os encargos orçamentais nos anos de 2022 a 2025, no valor total de € 99.945,00, relativamente à celebração do acordo atípico entre o ISSM, IP-RAM e a Câmara de Lobos Viva-Associação de Desenvolvimento Comunitário, destinado ao financiamento da constituição de uma equipa de profissionais a afetar às respostas sociais.

SECRETARIAS REGIONAIS DAS FINANÇAS E DE EQUIPAMENTOS E INFRAESTRUTURAS

Portaria n.º 379/2022

Autoriza a distribuição dos encargos orçamentais plurianuais relativos à empreitada denominada "EMP-R/7/2022 - Empreitada de Recuperação e Reabilitação das Fachadas dos blocos A, B, C, D, E, F, G, H e I do Conjunto Habitacional da Nova Cidade - Câmara de Lobos", até ao valor máximo de € 710.000,00.

SECRETARIAS REGIONAIS DAS FINANÇAS, DE SAÚDE E PROTEÇÃO CIVIL E DE INCLUSÃO SOCIAL E CIDADANIA**Portaria n.º 376/2022**

de 19 de julho

Sumário:

Procede à 3.ª alteração à Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho, alterada pela Portaria n.º 424/2019, de 25 de julho e pela Portaria n.º 783/2020 de 4 de dezembro, que define a Coordenação e Composição da Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma da Madeira, abreviadamente por REDE, e estabelece as condições de instalações e funcionamento a que devem obedecer as unidades e equipas que a integram.

Texto:

A Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho com as alterações introduzidas pelas Portarias n.ºs 424/2019, de 25 de julho e 783/2020, de 4 de dezembro, criou o quadro de regulamentação que possibilitou maior investimento na Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (REDE) da Região Autónoma da Madeira, e o seu alargamento a novas respostas, bem como estabeleceu, no âmbito do seu modelo de financiamento específico, preços de cuidados, por cada tipo de serviços prestados, que permitissem assegurar a sustentabilidade e a prestação de cuidados de qualidade.

O regime jurídico que sustenta o modelo de financiamento dos Cuidados Continuados Integrados, designadamente a alínea c) do n.º 1 do artigo 47.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, adaptado à Região pelo Decreto Legislativo Regional n.º 30/2012/M, de 8 de novembro, prevê uma revisão periódica de preços em termos a regulamentar, pelo que, sem prejuízo de eventual regulamentação que se estabeleça neste âmbito, tendo em vista o ajustamento dos preços aos custos de funcionamento das respostas de internamento na Tipologia de Longa Duração e Manutenção, que não sofre atualização desde 2019 procede-se, através da presente Portaria, a um aumento extraordinário de 3,25%.

Este aumento extraordinário é uma correspondente materialização da prioridade, inscrita no Programa do XIII Governo Regional, que permite dar continuidade à aposta de reforçar e alargar a Rede de Cuidados Continuados Integrados da RAM.

Na decorrência das alterações legislativas à Orgânica do Governo Regional, designadamente o Decreto Regulamentar Regional n.º 8/2021/M de 4 de agosto, que criou a Direção Regional para as Políticas Públicas Integradas e Longevidade (DRPPIL), foi estipulado que a Coordenação Estratégica da REDE é assegurada por esta, mantendo-se os dois níveis de operacionalização, regional e local, até à criação das novas estruturas de Coordenação da REDE a funcionar junto daquela Direção Regional. Também face ao atual quadro institucional, foram alterados os artigos 36.º a 39.º no sentido da agilização dos procedimentos relativos ao processo de Adesão à REDE.

Por outro lado, no contexto da avaliação do Plano de implementação da REDE para o Biénio 2020-2021, identificaram-se alguns constrangimentos relacionados com a ausência de definição das especificidades regionais, relativas às condições, requisitos e características dos espaços necessários ao desenvolvimento das atividades das Unidades da REDE, nomeadamente no que se refere a acessos, circulação, instalações técnicas, equipamentos e tratamento de resíduos, particularmente nos procedimentos de reconversão, remodelação e adaptação dos edifícios já existentes, pelo que se procede a uma redefinição das condições mínimas das instalações, equipamentos e funcionamento das Unidades de Internamento da REDE.

Por conseguinte, para efeitos de contratação a celebrar entre as entidades gestoras ou promotoras e as entidades públicas competentes, no âmbito da REDE, os serviços e estabelecimentos integrados no Serviço Regional de Saúde e as entidades/instituições do sector privado e do sector social, devem respeitar as condições gerais de funcionamento e cumprir com os requisitos de instalações constantes das Recomendações sobre as Condições mínimas das Instalações, Equipamentos e Funcionamento das Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados, emanadas pela Coordenação da REDE, que permita o funcionamento adequado das unidades de internamento da REDE, designadamente as Unidades de Internamento adaptadas, remodeladas ou reconvertidas, e, nesse sentido foram alterados os artigos 34.º, 35.º a 39.º, 54.º e 55.º.

Por último, clarifica-se a redação do artigo 45.º, em linha com o previsto no artigo 48.º na redação dada pela Portaria n.º 424/2019, de 25 de julho.

Neste enquadramento, torna-se necessário alterar a Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho, alterada pela Portaria n.º 424/2019, de 25 de julho e pela Portaria n.º 783/2020, de 4 de dezembro, de forma a efetuar alguns ajustamentos ao regime previsto naquele diploma, mais consentâneos com os objetivos imediatos pretendidos.

Assim, manda o Governo Regional, pelo Secretário Regional das Finanças, pelo Secretário Regional de Saúde e Proteção Civil e pela Secretária Regional de Inclusão Social e Cidadania, ao abrigo do disposto na alínea d) do artigo 69.º do Estatuto Político Administrativo da Região Autónoma da Madeira, aprovado pela Lei n.º 13/91, de 5 de junho, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 130/99, de 21 de agosto, e pela Lei n.º 12/2000, de 21 de junho, conjugado com o disposto no artigo 3.º do Decreto Legislativo Regional n.º 30/2012/M, de 8 de novembro, no artigo 21.º do Estatuto do Sistema Regional de Saúde, aprovado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 4/2003/M, de 7 de abril, alterado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 23/2008/M, de 23 de junho, na alínea g) do artigo 5.º, e no artigo 18.º do Estatuto do Sistema de Ação Social da Área de Segurança Social na Região Autónoma da Madeira, aprovado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 9/2006/M, de 18 de abril, o seguinte:

Artigo 1.º
Objeto

A presente Portaria procede à terceira alteração à Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho, alterada pela Portaria n.º 424/2019, de 25 de julho e pela Portaria n.º 783/2020, de 4 de dezembro, que define a Coordenação e Composição da Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma da Madeira, adiante designada abreviadamente por REDE, e estabelece as condições de instalações e funcionamento a que devem obedecer as unidades e equipas que a integram.

Artigo 2.º
Alteração à Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho

Os artigos 4.º, 34.º, 35.º a 39.º, 45.º, 54.º e 55.º da Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho, alterada pelas Portarias n.º 424/2019, de 25 de julho e n.º 783/2020, de 4 de dezembro, passam a ter a seguinte redação:

«Artigo 4.º
[...]

1. [...].
2. A Coordenação Estratégica da REDE é assegurada pela Direção Regional para as Políticas Públicas Integradas e Longevidade (DRPPIL), à qual compete promover a articulação com os demais organismos competentes.
3. [...].
4. [...].

Artigo 34.º
[...]

1. [...].
2. [...].
3. De forma a assegurar níveis adequados de qualidade na prestação dos cuidados, e enquanto não forem estabelecidos rácios padrão adequados à complexidade de cuidados, as unidades e equipas da REDE deverão seguir, consoante as suas dimensões, as Recomendações sobre as Condições mínimas das Instalações, Equipamentos e Funcionamento das Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados, emanadas pela Coordenação da REDE, sem prejuízo de outras especificidades que venham a ser aprovadas pelas entidades regionais competentes.
4. [...].

Artigo 35.º
[...]

1. [...].
2. [...].
3. A definição e caracterização dos espaços necessários ao desenvolvimento das atividades das unidades da REDE, assim como as condições de funcionamento são fixadas por Portaria dos membros do Governo Regional competentes em razão da matéria em causa.
4. Até à publicação da Portaria referida no número anterior, os serviços e estabelecimentos do Serviço Regional de Saúde e as instituições do sector privado e do sector social, para efeitos da contratação prevista no artigo 40.º devem respeitar as condições gerais de funcionamento e cumprir com os requisitos constantes das Recomendações sobre as Condições mínimas das Instalações, Equipamentos e Funcionamento das Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados, emanadas pela Coordenação da REDE, assegurada pela DRPPIL.
5. [Anterior n.º 4].

Artigo 36.º
[...]

1. O pedido de adesão, por parte das entidades promotoras e gestoras referidas no n.º 2 do artigo 2.º da presente Portaria, que ainda não integrem a REDE, formaliza-se mediante o preenchimento de formulário a aprovar por despacho dos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social, e que será disponibilizado no sítio da Internet do ISSM, IP-RAM, do IASAÚDE IP-RAM e da DRPPIL.
2. O formulário a que se refere o número anterior deve ser devidamente preenchido e assinado por quem tenha competência para o ato, nos termos legais, e entregue na DRPPIL.

Artigo 37.º
[...]

1. Instruído o pedido de adesão, a DRPPIL aprecia e emite parecer sobre a admissão da candidatura, no prazo de trinta dias úteis contados da data de receção do pedido, tendo em conta o seguinte:
 - a) Cobertura territorial de acordo com os rácios definidos, pelos organismos competentes, para cada uma das tipologias da REDE;
 - b) Adequabilidade da intervenção proposta face ao disposto no presente diploma.

2. Para efeitos do disposto no número anterior, a DRPPIL deve obrigatoriamente promover a participação dos competentes serviços, nas decisões a tomar.
3. [...]
 - a) [...];
 - b) [...];
 - c) [...];
 - d) [...].

Artigo 38.º
[...]

Na sequência da emissão do parecer favorável referido no artigo anterior, a entidade promotora procede à entrega dos documentos instrutórios junto da DRPPIL.

Artigo 39.º
[...]

A decisão sobre a adesão à REDE compete aos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social, sob proposta da DRPPIL e fundamentada nos pareceres favoráveis do ISSM, IP-RAM, do IASAÚDE, IP-RAM e da Direção Regional de Saúde (DRS).

Artigo 45.º
[...]

1. [...]
2. O valor da comparticipação da segurança social corresponde ao diferencial entre os encargos com a prestação dos cuidados de apoio social e o valor a pagar pelo utente, nos termos referidos no número anterior, calculado através da seguinte fórmula:
$$[(\text{valor fixo da diária de internamento por utente} \times \text{n.º de dias efetivos de internamento do mês}) - \text{o valor a pagar pelo utente, apurado nos termos do artigo 48.º}]$$
3. [...].

Artigo 54.º
[...]

1. Até à aprovação do regime de licenciamento das unidades REDE, nos termos previstos no n.º 2 do artigo 35.º, a regularidade do funcionamento das unidades é comprovada mediante autorização de funcionamento emitida pela DRS de acordo com a minuta constante do Anexo III à presente Portaria, tendo por base as Recomendações sobre as Condições mínimas das Instalações, Equipamentos e Funcionamento das Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados, emanadas pela Coordenação da REDE.
2. A autorização de funcionamento prevista no número anterior é emitida nos termos do modelo constante do Anexo III à presente Portaria.

Artigo 55.º
[...]

1. [...]
2. [...]
3. Sem prejuízo do estabelecido no artigo anterior, os estabelecimentos e serviços existentes podem solicitar a dispensa de requisitos de instalação, quando por questões estruturais ou técnicas, a sua estrita observância seja impossível ou possa inviabilizar o normal funcionamento dos mesmos e a continuidade da respetiva atividade, desde que a dispensa solicitada não ponha em causa a segurança ou saúde dos utentes ou terceiros.»

Artigo 3.º
Alteração do anexo da Portaria n.º 45/2021,
de 24 de fevereiro

O anexo à Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho, alterado pela Portaria n.º 424/2019, de 25 de julho, passa a ter a seguinte redação.

ANEXO
(A que se refere o n.º 1 do artigo 43.º)

Tabela de Preços da REDE

Tipologia de UNIDADE	Encargos com cuidados de saúde (utente/ dia)	Encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão (utente/dia)	Encargos com cuidados de apoio social (utente/dia)	Encargos com utilização de fraldas (utente/dia)	Total em euros (utente/dia)
I - Diárias de internamento por utente					
Convalescença	91,00	15,09			106,09
Média duração e reabilitação	56,08	12,07	19,93		88,08
II - Diárias de Internamento em Longa Duração e Manutenção por utente					
	Encargos com cuidados de saúde, inclui medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão (utente/ dia)		Encargos com cuidados de apoio social (utente/dia)	Encargos com utilização de fraldas (utente/dia)	Total em euros (utente/dia)
Longa duração e manutenção	34,74		37,69	1,64	74,07
III - Diárias de ambulatório por utente					
Unidade de dia/ promoção da autonomia	9,64				9,64

Artigo 4.º

Aditamento de um Anexo III à Portaria n.º 234/2018 de 20 de julho

É aditado um Anexo III à Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho, com a seguinte redação:

ANEXO III

(a que se refere o n.º 1 do artigo 54.º)

Autorização de Funcionamento n.º ... */... **	
A Direção Regional de Saúde (DRS), ao abrigo dos n.ºs 1 e 2 do artigo declara que a Unidade... (denominação da unidade), sita em..., código postal..., localidade..., freguesia de..., concelho de..., , com entidade promotora e gestora... (identificação da entidade e NIPC), contratada para a prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social, em regime de internamento e ou em regime de ambulatório para unidade de... (identificar a tipologia de resposta), com lotação máxima de..., cumpre, na generalidade, à presente data, as condições de instalação, equipamentos e funcionamento, nos termos estabelecidos na legislação aplicável. Mais declara que qualquer alteração às condições de funcionamento objeto da presente autorização fica dependente de nova autorização, que incidirá sobre as alterações obrigatoriamente comunicadas pela entidade promotora e gestora à DRS. Funchal, ... de ... de... O Diretor Regional 	
•	*Tipologia de resposta
•	**Ano civil

Artigo 5.º

Republicação

É republicada, em anexo, da qual faz parte integrante, a Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho.

Artigo 6.º

Entrada em vigor e produção de efeitos

A presente Portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação e produz efeitos reportados a 1 de janeiro de 2022.

Secretaria Regional das Finanças, Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil e Secretaria Regional de Inclusão Social e Cidadania, no Funchal, aos 14 dias do mês de julho de 2022.

O SECRETÁRIO REGIONAL DAS FINANÇAS, Rogério de Andrade Gouveia

O SECRETÁRIO REGIONAL DE SAÚDE E PROTEÇÃO CIVIL, Pedro Miguel de Câmara Ramos

A SECRETÁRIA REGIONAL DE INCLUSÃO SOCIAL E CIDADANIA, Maria Rita Sabino Martins Gomes de Andrade

ANEXO

(a que se refere o artigo 5.º)

Republicação da Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho

CAPÍTULO I

Disposições Gerais

Artigo 1.º

Objeto e âmbito de aplicação

1. A presente Portaria define a estrutura e composição da Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma da Madeira, adiante designada abreviadamente por REDE, e estabelece as condições de instalações e funcionamento a que devem obedecer as unidades e equipas que a integram, bem como os vários níveis de Coordenação.
2. A presente Portaria define ainda o seu modelo de financiamento e fixa os preços dos cuidados prestados naquelas unidades.

3. São ainda regulados os procedimentos relativos às adesões dos serviços e estabelecimentos integrados no Sistema Regional de Saúde (SRS) e das instituições do sector social e do setor privado que adiram à REDE após a entrada em vigor da presente Portaria.
4. A presente Portaria aplica-se às entidades integradas na REDE.

Artigo 2.º
Composição da REDE

1. A REDE é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo as unidades hospitalares, os centros de saúde, os serviços da segurança social, e autarquias locais.
2. Podem, ainda, integrar a REDE as instituições particulares de solidariedade social, misericórdias, pessoas coletivas de utilidade pública, e entidades privadas que prestem serviços de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de harmonia com as regras legais aplicáveis.
3. As entidades públicas ou privadas referidas nos números anteriores, que sejam responsáveis pela gestão e o funcionamento das unidades e equipas prestadoras de cuidados previstas no artigo 8.º da presente Portaria, são designadas por entidade gestora ou promotora.

CAPÍTULO II
Modelo, estrutura, coordenação e gestão da REDE

Artigo 3.º
Modelo de intervenção

1. A REDE baseia-se num modelo de intervenção articulada e integrada dos setores da saúde e da segurança social, visa a prestação de cuidados de saúde e de apoio social, e assenta num plano individual de intervenção, centrado na melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência ou na sua recuperação global, onde os cuidados são entendidos como um processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, garantindo-se a flexibilidade e sequencialidade na articulação nas unidades e equipas de cuidados continuados integrados da REDE.
2. O plano individual de intervenção deverá integrar o diagnóstico das situações do utente, a natureza e periodicidade das intervenções multidisciplinares a desenvolver, de acordo com os objetivos estabelecidos para o utente, especificando as necessidades de intervenção e encaminhando aquele para a adequada unidade de cuidados integrados da REDE.

Artigo 4.º
Estrutura da REDE

1. A estrutura da REDE, compreende a existência de um nível de coordenação estratégica para todo o território da Região Autónoma da Madeira, sem prejuízo da coordenação operacional de nível regional e local.
2. A Coordenação estratégica da REDE é assegurada pela Direção Regional para as Políticas Públicas Integradas e Longevidade (DRPPIL), à qual compete promover a articulação com os demais organismos competentes.
3. A Coordenação operacional organiza-se a nível regional e local, nos termos previstos nos artigos 5.º a 7.º da Presente Portaria.
4. A estrutura funcional da REDE é constituída pelas unidades e equipas de cuidados continuados integrados, definidas no artigo 8.º da presente Portaria.

Artigo 5.º
Coordenação e gestão da REDE

1. A coordenação e gestão regional da REDE é assegurada pela Equipa de Coordenação Regional, adiante denominada abreviadamente por ECR, de constituição multidisciplinar, a designar por um período de três anos, renovável por iguais períodos, por despacho dos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social, sendo constituída por:
 - a) Um representante do Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM (IASAÚDE, IP-RAM);
 - b) Um representante do Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM (ISSM, IP-RAM);
 - c) Um profissional dos serviços de saúde ou da segurança social, de reconhecido mérito na área de gerontologia.
2. A coordenação e gestão local da REDE é assegurada por Equipas de Coordenação Local, adiante designadas abreviadamente por ECL, de preferência de âmbito concelhio ou através da agregação de concelhos por áreas geográficas, de acordo com as necessidades e volume de processos, as quais devem integrar, no mínimo, da área da saúde, um médico e um enfermeiro, e da área social um assistente social, podendo ainda integrar outros profissionais sempre que o volume e a complexidade da atividade o justifiquem.

3. Os elementos que constituem as ECL são designados, mediante parecer da ECR e consoante as áreas de intervenção, pelo Presidente do Conselho Diretivo do IASAÚDE, IP-RAM, e pelo Presidente do Conselho Diretivo do ISSM, IP-RAM, por um período de três anos, renovável por iguais períodos.

Artigo 6.º

Competências e modo de funcionamento da Equipa de Coordenação Regional

1. Incumbe à ECR a coordenação a nível regional da REDE, assegurando o seu planeamento, a gestão, o controlo, e a sua avaliação, competindo-lhe, designadamente:
 - a) Assegurar o funcionamento adequado da REDE, promovendo para o efeito a articulação necessária das ECL;
 - b) Recolher e avaliar de forma permanente toda a informação relativa à oferta e procura das respostas integradas na REDE, nomeadamente no que se refere a admissões, demoras médias e altas em cada nível da mesma;
 - c) Consolidar as propostas de respostas necessárias e os planos de ação anuais para o desenvolvimento da REDE, a sua adequação periódica às necessidades e submetê-los à aprovação dos membros do Governo Regional competentes em matéria da saúde e de segurança social;
 - d) Orientar e verificar a consolidação dos planos orçamentados de ação anuais e respetivos relatórios de execução;
 - e) Propor aos membros do Governo Regional competentes em matéria da saúde e da segurança social a adoção das medidas normativas necessárias à prossecução dos objetivos da REDE;
 - f) Promover a celebração de acordos ou protocolos com entidades públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos, ao abrigo da legislação em vigor, para implementação e funcionamento das unidades e equipas que se propõem integrar a REDE;
 - g) Incentivar e promover a formação específica e permanente dos diversos profissionais envolvidos na prestação dos cuidados continuados integrados, bem como a formação de cuidados informais;
 - h) Propor a exclusão da REDE, aos membros do Governo Regional competentes em matéria da saúde e da segurança social, das entidades públicas ou privadas que não cumpram os requisitos previstos no presente diploma, na demais legislação aplicável ou nos acordos, ou protocolos celebrados com as mesmas;
 - i) Promover a avaliação da qualidade do funcionamento, dos processos e dos resultados das unidades e equipas da REDE, e propor as medidas corretivas consideradas convenientes para o bom funcionamento das mesmas;
 - j) Gerir o sistema de informação que suporta a gestão da REDE;
 - k) Promover a divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da REDE.
2. O modo de funcionamento da ECR consta de regulamento interno, o qual é aprovado pelos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social.

Artigo 7.º

Competências das Equipas de Coordenação Local

1. As ECL articulam-se com a ECR, e asseguram a nível local a gestão, o acompanhamento, e a avaliação da REDE, bem como a articulação e coordenação dos respetivos recursos e atividades, competindo-lhes, nomeadamente, o seguinte:
 - a) Promover a admissão e encaminhamento no âmbito da REDE, mediante a avaliação da situação de cada utente, em função das necessidades identificadas no plano individual de intervenção;
 - b) Elaborar, supervisionar e orientar o plano individual de intervenção para cada utente, em articulação com as equipas prestadoras;
 - c) Designar, de entre os elementos da equipa, um gestor de caso, que será o elemento de referência do utente admitido;
 - d) Organizar um processo individual de cuidados continuados, que corresponde ao conjunto de informação respeitante a cada utente em situação de dependência;
 - e) Proceder à alta do utente da unidade, sempre que estejam reunidos os requisitos necessários, e providenciar a admissão do utente noutro tipo de serviço ou a preparação do seu regresso, com mais autonomia, ao domicílio;
 - f) Manter atualizada a informação relativa ao número e características dos utentes, serviços e estabelecimentos existentes no âmbito da respetiva área de atuação;
 - g) Assegurar a divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, o número e a localização das respostas existentes na respetiva área de atuação;
 - h) Manter os restantes níveis de coordenação informados sobre o acesso e o movimento na respetiva área de atuação;
 - i) Identificar as necessidades e propor à ECR ações para a cobertura das mesmas;
 - j) Elaborar os planos de ação e respetivos relatórios de execução e submetê-los à ECR;
 - k) Apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos de prestação de serviços relativos à REDE;
 - l) Acompanhar a programação da alta hospitalar, em articulação com a equipa de gestão de altas, identificando a necessidade de cuidados continuados integrados dos utentes, encaminhando-os para o respetivo nível da REDE;
 - m) Manter atualizado o sistema de informação que suporta a gestão da REDE;
 - n) Assegurar a atualização de toda a informação relativa aos respetivos utentes.
2. O modo de funcionamento das ECL consta de regulamento interno, o qual é submetido à apreciação e parecer da ECR, e é aprovado pelas entidades referidas no n.º 3 do artigo 5.º da presente Portaria.

CAPÍTULO III
Tipologia da REDEArtigo 8.º
Tipo de Serviços

1. A prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por:
 - a) Unidades de internamento;
 - b) Unidades de ambulatório;
 - c) Equipas hospitalares;
 - d) Equipas domiciliárias.
2. Constituem unidades de internamento:
 - a) Unidades de convalescença (UC);
 - b) Unidades de média duração e reabilitação (UMDR);
 - c) Unidades de longa duração e manutenção (ULDM).
3. As unidades de internamento referidas no número anterior prestam cuidados de saúde e de apoio social, na sequência de doença aguda ou da necessidade de prevenção de agravamentos de doença crónica, centrados na reabilitação, readaptação, e manutenção, a pessoas que se encontram em situação de dependência, com vista à sua integração sociofamiliar.
4. Constitui unidade de ambulatório, a unidade de dia e de promoção da autonomia (UDPA).
5. São equipas hospitalares as equipas de gestão de altas (EGA).
6. São equipas domiciliárias as equipas de cuidados continuados integrados (ECCI).

SECÇÃO I
Unidades de internamentoArtigo 9.º
Unidade de convalescença

1. A UC é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital, ou noutra instituição, articulada com um hospital, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.
2. A UC tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos.
3. A UC destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão.
4. A UC pode coexistir simultaneamente com a unidade de média e longa duração e reabilitação.

Artigo 10.º
Serviços da unidade de convalescença

A UC assegura, sob a direção de um médico, designadamente:

- a) Cuidados médicos permanentes;
- b) Cuidados de enfermagem permanentes;
- c) Exames complementares de diagnóstico, laboratoriais, e radiológicos próprios ou contratados;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Cuidados de fisioterapia e reabilitação;
- f) Apoio psicossocial;
- g) Higiene, conforto e alimentação;
- h) Convívio e lazer.

Artigo 11.º
Unidade de média duração e reabilitação

1. A UMDR é uma unidade de internamento, de carácter temporário, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia preferencialmente recuperável.
2. A UMDR tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação, e a reabilitação integral da pessoa que se encontre na situação prevista no número anterior.

3. O período de internamento na UMDR tem uma previsibilidade superior a 30 dias e inferior 90 dias consecutivos por cada admissão.
4. A UMDR pode coexistir com a UC ou com a ULDM.
5. A UMDR pode diferenciar-se na prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e sociais a pessoas com patologias específicas.

Artigo 12.º

Serviços da unidade de média duração e reabilitação

A UMDR é gerida por um técnico da área da saúde ou da área psicossocial e assegura, designadamente:

- a) Cuidados médicos diários;
- b) Cuidados de enfermagem permanentes;
- c) Cuidados de fisioterapia, reabilitação e de terapia ocupacional;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Apoio psicossocial;
- f) Higiene, conforto e alimentação;
- g) Convívio e lazer.

Artigo 13.º

Unidade de longa duração e manutenção

1. A ULDM é uma unidade de internamento, de carácter temporário, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.
2. A ULDM tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos.
3. A ULDM pode proporcionar o internamento, por período inferior ao previsto no número anterior, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.

Artigo 14.º

Serviços da Unidade de longa duração e manutenção

A ULDM é gerida por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e assegura, designadamente:

- a) Atividades de manutenção e de estimulação;
- b) Cuidados de enfermagem diários;
- c) Cuidados médicos;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Apoio fisiátrico periódico;
- f) Cuidados de fisioterapia, reabilitação e de terapia ocupacional;
- g) Animação sociocultural;
- h) Higiene, conforto e alimentação;
- i) Apoio no desempenho das atividades da vida diária;
- j) Apoio psicossocial.

SECÇÃO II

Unidade de ambulatório

Artigo 15.º

Unidade de dia e de promoção da autonomia

1. A UDPA é uma unidade para a prestação de cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatorio, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.
2. A UDPA deve articular-se com unidades da REDE, ou com respostas sociais já existentes, em termos a definir.
3. A UDPA funciona 8 horas por dia, no mínimo nos dias úteis.

Artigo 16.º

Serviços da unidade de dia e promoção da autonomia

A UDPA assegura, designadamente:

- a) Cuidados de manutenção e de estimulação;
- b) Cuidados médicos;

- c) Cuidados de reabilitação e de enfermagem;
- d) Controle fisiátrico periódico;
- e) Apoio psicossocial;
- f) Animação sociocultural;
- g) Alimentação;
- h) Higiene pessoal, quando necessária.

SECÇÃO III

Equipas hospitalares

Artigo 17.º

Equipa de gestão de altas

1. A EGA é uma equipa hospitalar multidisciplinar, sediada em hospital integrado no Sistema Regional de Saúde, que avalia e confirma a proposta de referenciação dos utentes para as unidades e equipas da REDE.
2. As equipas referidas no número anterior fazem o planeamento da alta relativamente a todos os doentes que necessitem de cuidados continuados integrados, imediatamente após um internamento hospitalar, bem como a todos os doentes que apresentem um grau de dependência que não lhes permita o regresso ao domicílio em condições de segurança ou aqueles em que seja necessária uma avaliação mais precisa do grau de dependência.
3. As EGA integram, um médico, um enfermeiro, e um assistente social, podendo integrar outros profissionais, nomeadamente, para apoio administrativo, sempre que se justificar face ao volume e a complexidade das respetivas atividades.
4. Os profissionais que integram as EGA são designados pelo conselho de administração do hospital e exercem as suas funções preferencialmente em regime de tempo inteiro.
5. Quando, em função da dimensão da área de intervenção, não for possível ou adequado que todos os profissionais se encontrem a tempo inteiro, devem ser fixados horários ajustados que garantam o normal funcionamento da EGA, os quais devem constar do respetivo regulamento interno.
6. À EGA devem ser sinalizados, pelo serviço onde se encontram internados, todos os doentes que necessitem de cuidados continuados integrados, para proceder a um planeamento articulado e atempado.
7. Em cada hospital integrado no Sistema Regional de Saúde deve existir uma EGA.

Artigo 18.º

Serviços da equipa de gestão de altas

A EGA assegura, designadamente:

- a) A articulação com as equipas terapêuticas hospitalares para programação de altas hospitalares;
- b) O encaminhamento dos pedidos de admissão para a REDE, através da ECL;
- c) O encaminhamento para outras respostas e serviços da comunidade que se revelem necessários e adequados à problemática de saúde e social dos utentes.

SECÇÃO IV

Equipas domiciliárias

Artigo 19.º

Equipa de cuidados continuados integrados

1. A ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, vocacionada para a prestação de serviços domiciliários, com caráter transitório, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação, e apoio social ou outros a pessoas em situação de dependência funcional, ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.
2. A ECCI apoia-se nos recursos locais disponíveis em cada centro de saúde, conjugados com a entidade que presta apoio social.
3. A ECCI organiza-se em equipas móveis e garante a prestação de cuidados multidisciplinares centrados na promoção do autocuidado, envolvendo os utentes e seus familiares, favorecendo a permanência no domicílio, por forma a retardar a progressão da doença, a hospitalização e a perda de autonomia.
4. As equipas de cuidados continuados integrados são constituídas no âmbito das unidades de cuidados na comunidade.

Artigo 20.º

Serviços da equipa comunitária de cuidados continuados integrados

A ECCI assegura, designadamente:

- a) Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas, e regulares e ter por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa;
- b) Cuidados de reabilitação e fisioterapia;
- c) Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- d) Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- e) Apoio na satisfação das necessidades básicas;
- f) Apoio no desempenho das atividades instrumentais da vida diária.

CAPÍTULO IV

Acesso e ingresso na REDE

Artigo 21.º

Referenciação para unidades e equipas da REDE

1. Sem prejuízo do disposto no artigo 31.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto-lei n.º 136/2015, de 28 de julho, para as unidades e equipas da REDE podem ser referenciadas as pessoas com limitação funcional, em processo de doença crónica ou na sequência de doença aguda, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida e com necessidades de cuidados de saúde e de apoio social.
2. São ainda condições gerais de admissão em todas as tipologias da REDE as seguintes situações:
 - a) A alimentação entérica;
 - b) O tratamento de úlceras de pressão e ou feridas;
 - c) A manutenção e tratamento de estomas;
 - d) A terapêutica parentérica;
 - e) As medidas de suporte respiratório, designadamente, a oxigenoterapia ou a ventilação assistida não invasiva;
 - f) Ajuste terapêutico e ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada.
3. Para a UC são também critérios de referenciação as situações que, na sequência de episódio de doença aguda, impliquem perda de funcionalidade transitória, e careçam de cuidados de saúde que, pela sua complexidade e duração não possam ser prestados no domicílio com previsibilidade de recuperação ou ganhos funcionais atingíveis até 30 dias consecutivos que requeiram:
 - a) Cuidados médicos diários e de enfermagem permanentes;
 - b) Reabilitação funcional intensiva.
4. Para a UMDR, para além do disposto no n.º 2 da presente Portaria, são critérios de referenciação as situações que na sequência de doença aguda ou reagudização de doença crónica, impliquem perda de funcionalidade, careçam de continuidade de cuidados de saúde, reabilitação funcional e apoio social e pela sua complexidade ou duração não possam ser assegurados no domicílio com previsibilidade de ganhos funcionais atingíveis até 90 dias consecutivos, que requeiram:
 - a) Cuidados médicos diários, de enfermagem, permanentes;
 - b) Reabilitação funcional.
5. Para além do disposto no n.º 2, são critérios de referenciação para a ULDM as situações que impliquem a prestação de cuidados de apoio social, continuação de cuidados de saúde e manutenção do estado funcional, que pela sua complexidade ou duração, não possam ser assegurados no domicílio e tenham necessidade de internamento num período superior a 90 dias consecutivos que requeiram:
 - a) Cuidados médicos regulares e cuidados de enfermagem permanentes;
 - b) Reabilitação funcional de manutenção;
 - c) Internamento em situações temporárias por dificuldade de apoio familiar e necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano, desde que satisfeitas as circunstâncias e critérios de referenciação enunciados nos n.ºs 1 e 2 destes artigos.
6. São critérios de referenciação para UDPA as situações que necessitam de prestação de cuidados de apoio social, saúde, promoção da autonomia ou manutenção do estado funcional de pessoas que podendo permanecer no domicílio não podem aí ver assegurados esses cuidados face à sua complexidade ou duração.
7. As ECCI destinam-se a pessoas em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, cujo critério de referenciação assenta na fragilidade, limitação funcional grave condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação de cuidados continuados integrados que requeiram:
 - a) Frequência de prestação de cuidados de saúde superiores a uma vez por dia, ou, a prestação de cuidados de saúde superior a 1 hora e trinta minutos por dia, no mínimo de três dias por semana;

- b) Cuidados além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins-de-semana e feriados;
 - c) Complexidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação ao nível da reabilitação;
 - d) Necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal.
8. Consideram-se critérios de não admissão em unidades e equipas da REDE, as pessoas:
- a) Com episódio de doença em fase aguda;
 - b) Com necessidade exclusiva de apoio social;
 - c) Cujo objetivo de internamento seja o estudo de diagnóstico;
 - d) Cujo regime terapêutico inclua antibióticos de uso exclusivo hospitalar;
 - e) Com necessidades de cuidados paliativos.

Artigo 22.º
Processo de referenciação

1. Os profissionais de saúde dos hospitais, designadamente, médicos, enfermeiros e assistentes sociais, referenciam as pessoas com critérios clínicos para potencial ingresso na REDE, de acordo com a seguinte informação:
 - a) Diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional de Doença;
 - b) Registo de comorbilidades;
 - c) Classificação do grau de funcionalidade segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde;
 - d) Avaliação médica, de enfermagem, do serviço social e qualquer outra informação relevante;
 - e) Proposta da tipologia de cuidados da REDE.
2. A referenciação pode ser realizada desde o início do internamento até quatro dias antes da data prevista da alta.
3. A EGA receciona a proposta de referenciação e no prazo de dois dias úteis, avalia e confirma toda a informação até ao momento da alta, designadamente:
 - a) Informação da situação clínica e medicação;
 - b) Indicação das necessidades em cuidados;
 - c) Informação do serviço social;
 - d) Informação dos meios complementares de diagnóstico, e terapêutica realizados;
 - e) Anotações sobre o programa de seguimento do utente e de marcações de próximas consultas ou exames complementares com identificação do responsável pelo seguimento quando aplicável.
4. Sempre que o utente seja proveniente da comunidade, nomeadamente, do domicílio a referenciação é efetuada, com as devidas adaptações, pelos profissionais das unidades de saúde familiar e das unidades de cuidados de saúde personalizados sendo aplicável o procedimento previsto no n.º 1 do presente artigo.
5. Os profissionais de saúde que prestam cuidados na comunidade sinalizam às unidades de saúde referidas no número anterior, os doentes com potencial de referenciação.
6. Os profissionais de saúde que integram as unidades de saúde familiar ou das unidades de cuidados de saúde primários enviam à ECL a proposta de referenciação no prazo máximo de cinco dias, após o início da referenciação.
7. A ECL valida a proposta de referenciação e a tipologia adequada.
8. Na referenciação do utente para unidade ou equipa deve ter-se em conta a proximidade da área do domicílio do utente, relativamente à unidade ou equipa e sempre que possível ter em consideração a sua preferência.

Artigo 23.º
Processo de admissão nas unidades e equipas

1. A admissão de utentes nas unidades e equipas é precedida de proposta de referenciação dos profissionais de saúde dos hospitais e dos cuidados de saúde primários.
2. A ECR determina, no prazo máximo de dois dias úteis, a alocação de vaga do utente em unidade ou equipa da REDE, na medida dos recursos e vagas existentes.
3. A admissão do utente na unidade ou equipa da REDE efetiva-se no prazo de 48 horas.
4. Para efeitos de admissão nas unidades de internamento e equipas domiciliárias da REDE é necessário obter o prévio consentimento informado por parte do utente e ou dos seus familiares, ou do seu representante legal.
5. Para além do documento referido no número anterior, a admissão nas UMDR, ULDM e UDPA, carece ainda da assinatura do termo de aceitação das situações de comparticipação do utente e da tomada de conhecimento da necessidade de celebração de contrato de prestação de serviços com a entidade gestora ou promotora, no momento da admissão, em conformidade com a legislação aplicável.
6. As unidades e equipas prestadoras, após admissão do utente podem, sempre que necessário, solicitar à ECR a sua reavaliação.

CAPÍTULO V

Continuidade de cuidados integrados, prorrogação, mobilidade e alta

Artigo 24.º

Continuidade da prestação de cuidados

1. Para a concretização dos objetivos terapêuticos, a continuidade da prestação de cuidados a cada utente deve ser reavaliada quinzenal ou mensalmente pela unidade, conforme se trate de UC ou de UMDR, e trimestralmente, de ULDM, e mensalmente na UDPA e nas equipas domiciliárias, salvaguardando-se sempre nas diferentes tipologias as eventuais avaliações intercalares que sejam necessárias.
2. Nas situações em que os utentes internados em unidades ou integrados em equipas de cuidados continuados integrados da REDE careçam de cuidados em hospital integrado no Sistema Regional de Saúde, por período superior a 24 horas, pode ocorrer reserva de lugar, por um período de oito dias, contando os dias de reserva para a determinação da taxa de ocupação da unidade.
3. Sem prejuízo do disposto no número anterior, em situações excecionais devidamente comprovadas e justificadas do ponto de vista clínico, o período de oito dias de reserva de lugar pode ser alargado até ao máximo de doze dias, com autorização da respetiva ECL.

Artigo 25.º

Procedimentos de prorrogação, mobilidade e alta

1. Sempre que esgotados os prazos de internamento ou de integração nas ECCI, fixados no artigo 21.º da presente Portaria, e se não atingidos os objetivos terapêuticos, pode haver lugar a pedido de prorrogação do internamento do utente ou pode haver necessidade de mobilidade do utente para outra unidade de internamento ou equipa mais adequada à melhoria ou recuperação da sua situação clínica e social.
2. Para efeitos de prorrogação do internamento nas circunstâncias enunciadas no número anterior, a unidade elabora proposta fundamentada, até 5 dias antes do período máximo previsto, a qual submete a autorização da ECR.
3. A ECL assegura, sob prévia autorização da ECR, sempre que excedidos os períodos máximos previstos para a unidade da REDE e após reavaliação da situação a continuidade do utente na respetiva unidade.
4. Sempre que considerada a necessidade de mobilidade por transferência do utente, deve a unidade ou equipa elaborar proposta fundamentada à ECL da área de influência da unidade para respetiva validação.
5. A mobilidade por transferência do utente deve ter em consideração o critério de proximidade ao domicílio deste, sendo prioritária em relação aos utentes em lista de espera para admissão na REDE.
6. Para efeitos do disposto no número anterior, e caso não haja coincidência entre o domicílio do utente e a área geográfica da unidade ou equipa, compete a ECL da área da unidade articular-se com a ECR com vista à observância do critério de proximidade.
7. Os utentes internados em unidade, quando agudizam e carecem de cuidados em hospital integrado no Sistema Regional de Saúde, por período temporal superior ao determinado nos n.ºs 2 e 3 do artigo anterior, beneficiam de prioridade na readmissão na REDE.
8. A preparação da alta é da responsabilidade da unidade em colaboração com a ECL, devendo ser iniciada com uma antecedência que permita a continuidade de cuidados.

CAPÍTULO VI

Organização da REDE

Artigo 26.º

Organização

1. As unidades ou equipas da REDE, previstas no artigo 8.º da presente Portaria, são criadas por despacho dos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social, mediante proposta da ECR, a partir da adaptação ou reconversão das estruturas já existentes, ou a criar, e vocacionadas para dar resposta aos objetivos da REDE.
2. Em função das necessidades e com vista ao aproveitamento integral dos recursos locais, as unidades e equipas da REDE podem ser organizadas e combinadas de forma mista, desde que assegurem os respetivos espaços, equipamentos, e outros recursos específicos de cada resposta, sem prejuízo da eficaz e eficiente prestação contínua e integrada de cuidados.
3. As unidades e equipas da REDE, segundo as características e o volume de necessidades, podem diferenciar-se de acordo com diferentes patologias e organizar-se internamente conforme os graus de dependência das pessoas.

Artigo 27.º
Instrumentos de utilização comum

1. A gestão da REDE assenta num sistema de informação a criar nos termos legais.
2. É obrigatória a existência, em cada unidade ou equipa, de um processo individual de cuidados continuados da pessoa em situação de dependência, nos termos do artigo 36.º da presente Portaria.
3. Os instrumentos de utilização comum devem permitir a gestão uniforme dos diferentes níveis de coordenação da REDE.

Artigo 28.º
Funcionamento das unidades

1. As unidades referidas nos artigos 9.º a 16.º da presente Portaria dispõem de um regulamento interno de funcionamento que contém, designadamente, os seguintes elementos:
 - a) Direção técnica, direção clínica e mapa de pessoal, no qual seja indicado o número de profissionais por categoria, bem como o correspondente número de horas a afetar à unidade;
 - b) Direitos e deveres dos utentes e seus familiares ou cuidadores informais;
 - c) Serviços e cuidados disponíveis;
 - d) Condições de pagamento do valor/dia dos respetivos encargos, por parte do utente.
 - e) Condições do depósito de bens do utente;
 - f) Condições de admissão, mobilidade, alta e reserva de lugar;
 - g) Horários de funcionamento, nomeadamente, horário das refeições;
 - h) Gestão de reclamações;
 - i) Demais regras de funcionamento.
2. O regulamento interno é elaborado pela entidade promotora ou gestora da unidade, e antes da entrada em funcionamento da unidade, é enviado à ECR para aprovação, a efetuar no prazo de 30 dias úteis, contados da data de receção do mesmo.

Artigo 29.º
Funcionamento das equipas domiciliárias

1. A prestação de cuidados pelas equipas domiciliárias exige uma avaliação multidisciplinar das necessidades do utente e implica a elaboração de um plano individual de intervenção.
2. As condições de funcionamento das equipas domiciliárias constam de carta de compromisso a celebrar entre os centros de saúde e os competentes serviços do ISSM, IP-RAM, sem prejuízo da existência de regulamentos internos respetivos.

Artigo 30.º
Processo individual do utente

1. As unidades e equipas que integram a REDE devem organizar o processo individual de cuidados continuados (PICC) em suporte informático ou em papel, que inclui, designadamente:
 - a) Identificação do utente;
 - b) Data de admissão;
 - c) Identificação e contacto do médico assistente;
 - d) Identificação e contacto do “Gestor de Caso” da unidade ou da equipa da REDE;
 - e) Identificação e contactos dos familiares, cuidadores informais e representante legal quando exista;
 - f) Cópia do Consentimento Informado e do Termo de Aceitação, quando aplicável;
 - g) Contrato de prestação de serviços;
 - h) Plano individual de intervenção;
 - i) Registos relativos à evolução do estado de saúde do utente no âmbito dos respetivos planos individuais de cuidados;
 - j) Nota de alta.
2. O PICC do utente deve ser permanente atualizado, e no que respeita a registo de observações, prescrições, administração de terapêutica, e a prestação de serviços e cuidados, deve ser anotada a data e a hora em que foram realizados, bem como a identificação do seu autor.
3. O PICC é de acesso restrito nos termos da legislação aplicável.
4. As unidades e equipas que integram a REDE asseguram o arquivo do PICC, em conformidade com a legislação vigente.

Artigo 31.º
Acesso à informação

1. As unidades que integram a REDE devem ter disponível e em local bem visível e de fácil acesso a seguinte informação e documentos:
 - a) Licença ou autorização de funcionamento;
 - b) Horário de atendimento;
 - c) Identificação do diretor técnico;
 - d) Identificação do diretor clínico e do enfermeiro coordenador;
 - e) Horário de funcionamento, incluindo o horário das visitas;
 - f) Plano e horário das atividades;
 - g) Mapa semanal das ementas;
 - h) Referência à existência de regulamento interno e de livro de reclamações.
2. As unidades devem ser identificadas mediante afixação de placa identificativa com logótipo da REDE e respetiva tipologia, em conformidade com as regras definidas pelas entidades competentes.

CAPÍTULO VII
Qualidade e avaliaçãoArtigo 32.º
Promoção e garantia da qualidade

Os modelos de promoção e gestão da qualidade são fixados por despacho dos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social e assentam em métodos de medição, análise e melhoria contínua, sendo de aplicação obrigatória em cada uma das unidades ou equipas da REDE.

Artigo 33.º
Avaliação

As unidades e equipas que integram a REDE estão sujeitas a um processo periódico de avaliação da iniciativa da ECR, nos termos a regulamentar por despacho dos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social.

CAPÍTULO VIII
RecursosArtigo 34.º
Recursos Humanos

1. A política de recursos humanos para as unidades e equipas da REDE rege-se por padrões de qualidade, consubstanciada através de formação inicial e contínua.
2. A prestação de cuidados nas unidades e equipas da REDE é garantida por equipas multidisciplinares com dotações adequadas à garantia de uma prestação de cuidados seguros e de qualidade.
3. De forma a assegurar níveis adequados de qualidade na prestação dos cuidados, e enquanto não forem estabelecidos rácios padrão adequados à complexidade de cuidados, as unidades e equipas da REDE deverão seguir, consoante as suas dimensões, as Recomendações sobre as Condições mínimas das Instalações, Equipamentos e Funcionamento das Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados, emanadas pela Coordenação da REDE, sem prejuízo de outras especificidades que venham a ser aprovadas pelas entidades regionais competentes.
4. As unidades e equipas da REDE podem, ainda, contar com a colaboração de voluntários devidamente seleccionados, formados e enquadrados como prestadores de cuidados informais.

CAPÍTULO IX
Instalações, licenciamento, fiscalização e funcionamento das unidades da REDEArtigo 35.º
Licenciamento, fiscalização e funcionamento

1. As instalações das unidades da REDE devem estar em conformidade com a legislação comunitária, nacional e regional vigente.
2. O regime jurídico do licenciamento e fiscalização das unidades que integram a REDE é estabelecido em diploma próprio.
3. A definição e caracterização dos espaços necessários ao desenvolvimento das atividades das unidades da REDE, assim como as condições de funcionamento são as fixadas por Portaria dos membros do Governo Regional competentes em razão da matéria em causa.

4. Até à publicação da Portaria referida no número anterior, os serviços e estabelecimentos do Serviço Regional de Saúde e as instituições do sector privado e do sector social, para efeitos da contratação prevista no artigo 40.º, devem respeitar as condições de instalações e funcionamento, constantes das Recomendações sobre Instalações e Funcionamento para as unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados, emanadas pela Coordenação da REDE, assegurada pela DRPPIL.
5. Para efeitos do disposto nos números anteriores mantêm-se válidas as licenças das unidades emitidas ao abrigo da legislação vigente antes da entrada em vigor da presente Portaria.

CAPÍTULO X Adesão à REDE

Artigo 36.º Pedido de adesão

1. O pedido de adesão, por parte das entidades promotoras e gestoras referidas no n.º 2 do artigo 2.º da presente Portaria, que ainda não integrem a REDE, formaliza-se mediante o preenchimento de formulário a aprovar por despacho dos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social, e que será disponibilizado no sítio da internet do ISSM, IP-RAM, do IASAÚDE, IP-RAM e da DRPPIL.
2. O formulário a que se refere o número anterior deve ser devidamente preenchido e assinado por quem tenha competência para o ato, nos termos legais, e entregue na DRPPIL.

Artigo 37.º Processo de adesão

1. Instruído o pedido de adesão, a DRPPIL aprecia e emite parecer sobre a admissão da candidatura, no prazo de trinta dias úteis contados da data de receção do pedido, tendo em conta o seguinte:
 - a) Cobertura territorial de acordo com os rácios definidos, pelos organismos competentes, para cada uma das tipologias da REDE;
 - b) Adequabilidade da intervenção proposta face ao disposto no presente diploma.
2. Para efeitos do disposto no número anterior, a DRPPIL deve obrigatoriamente promover a participação dos competentes serviços, nas decisões a tomar.
3. Na sequência da emissão de parecer favorável, deve a entidade promotora ou gestora proceder à entrega dos seguintes documentos:
 - a) Planta de localização;
 - b) Planta de implantação do/s edifício/s;
 - c) Planta de todos os pisos onde se localiza a unidade, incluindo os espaços partilhados, com indicação dos equipamentos;
 - d) Estudo prévio de arquitetura e das especialidades de engenharia com escala tecnicamente adequada, nos termos da legislação em vigor.

Artigo 38.º Instrução do processo

Na sequência da emissão do parecer favorável referido no artigo anterior, a entidade promotora procede à entrega dos documentos instrutórios junto da DRPPIL.

Artigo 39.º Decisão

A decisão sobre a adesão à REDE compete aos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde e segurança social, sob proposta da DRPPIL e fundamentada nos pareceres favoráveis do ISSM IP-RAM, do IASAÚDE, IP-RAM e da Direção Regional de Saúde (DRS).

Artigo 40.º Celebração de contrato

1. A adesão formaliza-se com a celebração de contrato, em modelo próprio, a aprovar por Resolução de Conselho de Governo.
2. O contrato referido no número anterior é celebrado entre e a entidade gestora ou promotora e o IASAÚDE, IP-RAM, salvo o disposto no número seguinte.
3. Quando se trate de unidades de internamento de média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e de ambulatório, o contrato é celebrado entre a entidade gestora ou promotora, o IASAÚDE, IP-RAM e o ISSM, IP-RAM.

Artigo 40.º-A
Contratualização e incentivos

1. A contratualização de indicadores de desempenho com as Unidades de Cuidados Continuados Integrados deve assegurar o necessário equilíbrio entre exigência e exequibilidade, no sentido de conduzir a ganhos de saúde, bem como remunerar o desempenho das Unidades, com a atribuição de incentivos.
2. Os termos de referência para a contratualização de Cuidados Continuados Integrados são aprovados pelos membros responsáveis pelas finanças e pela saúde e publicados mediante despacho conjunto.”

Artigo 40.º-B
Atribuição de incentivos

1. Em função dos indicadores de resultados em saúde, a entidade promotora e gestora de Unidades de Longa Duração e Manutenção terá direito, a título de incentivo de desempenho, a uma remuneração adicional, calculada e atribuída, nos termos das alíneas seguintes:
 - a) O incentivo regulado pela presente Portaria, corresponde a um custo médio adicional para implementação de medidas de prevenção de úlceras de pressão e quedas, apurado por dia e por doente;
 - b) A atribuição dos incentivos depende da avaliação do grau de cumprimento dos indicadores de resultado, constantes do Anexo II;
 - c) Para efeitos do número anterior, os indicadores são apurados pelo IASAUDE, IP-RAM, segundo as regras de cálculo aprovadas na metodologia de contratualização para a REDE;
 - d) O incentivo tem como valor máximo o correspondente ao produto do valor do incentivo utente/dia pelo número de dias de internamento realizados;
 - e) O incentivo é pago no final de cada ano de vigência do contrato, só devendo ser faturado nessa altura.
2. O pagamento é feito em função da avaliação do grau de cumprimento dos indicadores de resultado, conforme os intervalos de referência e variações aceitáveis, constantes do ponto 1 do Anexo II, da presente alteração.
3. Para efeitos do número anterior o IASAUDE, IP-RAM pode promover a realização de uma auditoria clínica, com o objetivo de verificar o cumprimento dos resultados.

Artigo 40.º-C
Acompanhamento interno e acompanhamento externo

- 1- O acompanhamento interno do processo de contratualização compete ao IASAUDE, IP-RAM e ao ISSM, IP-RAM, de acordo com a tipologia de Unidade.
- 2- O acompanhamento externo é assegurado pela Comissão Técnica, criada pela Resolução n.º 914/2018, publicada no JORAM, I Série, N.º 193, de 22 de novembro que, neste âmbito exercerá as seguintes funções:
 - a) Acompanhar o processo de contratualização e apuramento de resultados;
 - b) Receber informação e analisar as conclusões da avaliação anual;
 - c) Mediar os eventuais conflitos entre o IASAUDE, IP-RAM, ISSM - IP-RAM, e a UNIDADE, emergentes do processo de contratualização e apuramento de resultados.

CAPÍTULO XI
Financiamento da REDEArtigo 41.º
Financiamento

O financiamento da REDE depende das condições de funcionamento das respetivas respostas e obedece ao princípio da diversificação das fontes de financiamento e da adequação seletiva, mediante modelo de financiamento próprio nos termos previstos nos artigos seguintes da presente Portaria.

Artigo 42.º
Modelo de financiamento

1. Os encargos decorrentes do funcionamento das respostas da REDE são repartidos pelos setores da saúde e da segurança social em função da tipologia dos cuidados prestados, nos seguintes termos:
 - a) As unidades de convalescença são integralmente da responsabilidade do IASAUDE, IP-RAM;
 - b) As unidades, de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção, de dia e promoção da autonomia, e as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados, são da responsabilidade dos dois setores em função da natureza dos cuidados prestados.
2. O financiamento de cada tipo de serviços é específico, com preços adequados, para assegurar a sustentabilidade e a prestação de cuidados com qualidade.
3. O financiamento das diferentes unidades e serviços da REDE deve ser diferenciado através de um centro de custo próprio para cada tipo de serviço.

4. Os encargos com a prestação de cuidados continuados de saúde são da responsabilidade do IASAÚDE, IP-RAM e os encargos com a prestação de cuidados de apoio social são da responsabilidade do ISSM, IP-RAM.
5. A utilização das unidades de internamento, de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção, da REDE, é comparticipada pela pessoa na situação de dependência em função do seu rendimento nos termos dos artigos 47.º e 48.º da presente Portaria.
6. A utilização das unidades de dia e promoção de autonomia e equipas de cuidados continuados integrados da REDE poderá ser comparticipada pela pessoa na situação de dependência, nos termos a regulamentar por portaria conjunta dos membros do Governo Regional competentes em matéria de saúde, segurança social e finanças.

Artigo 43.º

Preços dos cuidados de saúde e de apoio social

1. Os preços para a prestação dos cuidados de saúde e de apoio social nas unidades de internamento e de ambulatório no âmbito da REDE são fixados, sem prejuízo do disposto no n.º 4 do presente artigo, na tabela de preços prevista no anexo à presente Portaria que dela faz parte integrante.
2. Os preços são fixados por dia e por utente, e compreendem todos os cuidados e serviços contratualizados, com exceção dos encargos referidos no n.º 4.
3. Os encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde são da responsabilidade do IASAÚDE, IP-RAM, e os encargos decorrentes da prestação dos cuidados de apoio social são da responsabilidade do utente, havendo o direito à comparticipação da segurança social, nos termos do artigo 45.º da presente Portaria.
4. O valor correspondente aos cuidados prestados no âmbito das unidades da REDE a beneficiários do Serviço Regional de Saúde, quando haja um terceiro responsável, legal ou contratualmente, ou a não beneficiários do Serviço Regional de Saúde é cobrado diretamente aos respetivos responsáveis, nos termos da tabela de preços referida no n.º 1 do presente artigo.
5. Para efeitos do disposto no número anterior, os subsistemas de saúde devem acordar com as entidades prestadoras integradas na REDE, nomeadamente com as instituições do setor privado e do setor social, os procedimentos a observar no âmbito da identificação dos beneficiários e da elaboração, processamento e pagamento da faturação.

Artigo 44.º

Encargos com fraldas

1. Os encargos decorrentes da utilização de fraldas nas ULDM integradas na REDE são objeto de comparticipação do ISSM, IP-RAM, fixado por dia efetivo de internamento e por utente, nos termos da tabela que constitui o anexo à presente Portaria que dela faz parte integrante.
2. Ao utente não pode ser exigido pela ULDM qualquer quantia pelos encargos decorrentes da utilização de fraldas.

Artigo 45.º

Comparticipação da segurança social

1. A comparticipação da segurança social tem lugar sempre que o valor a pagar pelo utente, determinado nos termos do artigo 48.º da presente Portaria, não assegure a totalidade dos encargos com a prestação dos cuidados de apoio social nas unidades de média duração e reabilitação e unidades de longa duração e manutenção, fixados na tabela de preços, referida no artigo 43.º da presente Portaria.
2. O valor da comparticipação da segurança social corresponde ao diferencial entre os encargos com a prestação dos cuidados de apoio social e o valor a pagar pelo utente, nos termos referidos no número anterior, calculado através da seguinte fórmula:

[[valor fixo da diária de internamento por utente x o n.º de dias efetivos de internamento do mês) - o valor a pagar pelo utente, apurado nos termos do artigo 48.º]

3. A comparticipação da segurança social devida ao utente é transferida diretamente para entidade gestora ou promotora da respetiva unidade, pelos serviços competentes do ISSM, IP-RAM.

Artigo 46.º

Rendimentos a considerar

1. Os rendimentos a considerar na determinação do valor a pagar pelo utente, para efeitos do disposto no artigo 45.º da presente Portaria, são os seguintes:
 - a) [Revogado];
 - b) [Revogado];

- c) Rendimentos de capitais;
 - d) Rendimentos prediais;
 - e) Incrementos patrimoniais;
 - f) Pensões;
 - g) Subsídio mensal vitalício;
 - h) Prestações sociais substitutivas dos rendimentos do trabalho, designadamente, subsídios de desemprego, doença, maternidade e paternidade;
 - i) Outras prestações sociais atribuídas, complementarmente, a pessoas idosas ou em situação de dependência, nomeadamente:
 - a. Complemento solidário para idosos;
 - b. Complemento por cônjuge a cargo;
 - c. Complemento por dependência;
 - d. Complemento extraordinário de solidariedade.
2. Para efeitos do disposto no número anterior, consideram-se os rendimentos mensais do utente.
3. [Revogado].

Artigo 47.º Apuramento dos rendimentos

1. O apuramento dos rendimentos do utente, a que reportam as alíneas c) a e) do artigo anterior, é efetuado através da última nota de liquidação do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares (IRS) disponível nos termos do Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares (CIRS).
2. Os rendimentos resultantes das prestações referidas nas alíneas g), h) e i) do artigo anterior processadas pelas instituições de segurança social são apurados oficiosamente.
3. Nos casos em que não exista nota de liquidação do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares, o apuramento dos rendimentos referidos no n.º 1 do presente artigo é efetuado através de:
- a) Documentos comprovativos dos rendimentos, a que se referem as alíneas c) a e) do n.º 1 do artigo anterior, auferidos no último mês;
 - b) Documentos comprovativos dos rendimentos, a que se refere a alínea f) do n.º 1 do artigo anterior, respeitantes ao último ano civil, emitidos pela entidade processadora das pensões ou apurados oficiosamente quando a respetiva entidade for uma instituição de segurança social.
4. [Revogado].
5. [Revogado].
6. Sempre que se verifique uma degradação dos rendimentos do utente, o utente pode requerer, mediante pedido devidamente fundamentado, uma reavaliação da comparticipação.

Artigo 48.º Determinação do valor a pagar pelo utente nas unidades

1. Na unidade de média duração e reabilitação o valor a pagar pelo utente é determinado pela aplicação da percentagem de 60%.
2. Na unidade de longa duração e manutenção, o valor a pagar pelo utente corresponde a 85% do seu rendimento.
3. O valor a pagar pelo utente, determinado nos termos dos números anteriores, não pode ultrapassar, em qualquer circunstância, os valores fixados na tabela de preços, referida no n.º 1 do artigo 43.º da presente Portaria.
4. O valor a pagar pelo utente pode ser inferior ao valor apurado (VA) nos termos dos números 1 e 2, quando:
 $RU - VA < € 50$.
5. Na situação prevista no número anterior, o valor a pagar pelo utente corresponde a:
 $RU - € 50$.
6. O valor determinado nos termos dos números anteriores, corresponde ao montante a pagar pelos cuidados prestados durante um mês completo de calendário.
7. No caso de entradas e saídas não coincidentes, respetivamente, com o início e o fim de cada mês, o valor a pagar será o correspondente ao número de dias de cuidados prestados, multiplicado pelo valor diário a dividir por trinta dias.
8. O valor de comparticipação apurado, nos termos dos números anteriores do presente artigo, é pago pelo utente diretamente à entidade gestora ou promotora da respetiva unidade, nos termos do termo de aceitação e do contrato de prestação de serviços, previstos no n.º 5 do artigo 23.º da presente Portaria.

9. A cobrança do valor da comparticipação devida pelo utente é da exclusiva responsabilidade da entidade gestora ou promotora.
10. As situações especiais decorrentes da ausência, perda ou diminuição grave de rendimentos poderão determinar a isenção, redução ou suspensão do pagamento mensal das comparticipações devidas, mediante decisão fundamentada dos órgãos competentes.

Artigo 49.º

Documentos comprovativos a apresentar pelo utente

1. Para efeitos do disposto no artigo 45.º e seguintes o utente deve apresentar os seguintes documentos:
 - a) Cópia do documento de identificação;
 - b) Cópia do documento de identificação de beneficiário da segurança social ou de outros sistemas de proteção social;
 - c) Cópia do cartão de identificação fiscal do utente;
 - d) Cópia dos documentos comprovativos dos rendimentos, nos termos previstos no presente diploma.
2. Os utentes ficam dispensados da apresentação dos meios de prova dos rendimentos apurados oficiosamente pelas instituições de segurança social.

Artigo 50.º

Instrução do processo

1. A instrução do processo do utente, para apuramento dos seus rendimentos, é feita de forma individualizada pelo representante da segurança social na ECL da REDE.
2. Para efeitos do disposto no número anterior, o representante da segurança social, após a referenciação do utente para admissão na unidade, procede, no prazo de quarenta e oito horas, à instrução do processo com base nos documentos referidos no artigo 49.º da presente Portaria e determina o valor diário a pagar pelo utente, nos termos dos artigos anteriores e, em consequência, o valor da comparticipação da segurança social, se a ela houver lugar.
3. Concluída a instrução do processo, o utente é informado da unidade para a qual está referenciado, do valor diário que lhe compete pagar pelos cuidados de apoio social e da eventual comparticipação da segurança social, bem como da necessidade de prestar o seu consentimento para a respetiva admissão.
4. O consentimento para admissão na unidade é prestado mediante termo de aceitação do internamento, em modelo a aprovar pelo conselho diretivo do ISSM, IP-RAM, assinado pelo próprio ou por representante, no qual se responsabiliza pelo internamento nas condições constantes do respetivo termo de aceitação.

Artigo 51.º

Revisão do valor a pagar

1. O valor a pagar pelo utente nas unidades é revisto sempre que ocorra a renovação da prova de rendimentos nos termos previstos no artigo seguinte.
2. Quando ocorra uma revisão do valor a pagar pelo utente, é renovado o consentimento previsto no n.º 4 do artigo anterior.

Artigo 52.º

Renovação da prova de rendimentos do utente

1. A renovação da prova de rendimentos ocorre no início de cada ano civil.
2. Para aplicação do disposto no número anterior, o utente é obrigado à renovação anual da prova de rendimentos até final do ano civil anterior, salvo quando se tratar de rendimentos apurados oficiosamente pelo ISSM, IP-RAM.
3. Quando a data de admissão na unidade ocorre no último trimestre do ano civil, o utente fica isento, nesse ano, da renovação prevista no número anterior, procedendo-se, quando necessário, à atualização dos rendimentos nos termos previstos no n.º 5 do artigo 47.º da presente Portaria.
4. Sem prejuízo do disposto no n.º 1 do presente artigo, a renovação da prova de rendimentos ocorre sempre que se registe uma alteração dos respetivos rendimentos.

Artigo 53.º

Cessação da comparticipação da segurança social

A comparticipação da segurança social cessa quando:

- a) Deixarem de se verificar as condições que deram lugar ao seu pagamento;
- b) Não for renovada a prova de rendimentos nos termos previstos no artigo anterior.

CAPÍTULO XII
Disposições finais e transitóriasArtigo 54.º
Autorização de funcionamento das unidades

1. Até à aprovação do regime de licenciamento das unidades REDE, nos termos previstos no n.º 2 do artigo 35.º, a regularidade do funcionamento das unidades é comprovada mediante autorização de funcionamento emitida pela DRS, de acordo com a minuta constante do Anexo III à presente Portaria, tendo por base as Recomendações sobre as Condições mínimas das Instalações, Equipamentos e Funcionamento das Unidades de Internamento de Cuidados Continuados Integrados, emanadas pela Coordenação da REDE.
2. A autorização de funcionamento prevista no número anterior é emitida nos termos do modelo constante do Anexo III à presente Portaria.

Artigo 55.º
Adequação

1. As unidades que, até à data de entrada em vigor da presente Portaria, integram a REDE, devem adequar-se às condições referidas no n.º 3 do artigo 35.º da presente Portaria, desde que os espaços físicos existentes permitam as adaptações necessárias.
2. Após as vistorias, as entidades competentes devem elaborar relatório final sobre a adequação das instalações aos requisitos técnicos aplicáveis, bem como identificar as alterações necessárias a realizar, se tal for possível e financeiramente razoável.
3. Sem prejuízo do estabelecido no artigo anterior, os estabelecimentos e serviços existentes podem solicitar a dispensa de requisitos de instalação, quando por questões estruturais ou técnicas, a sua estrita observância seja impossível ou possa inviabilizar o normal funcionamento dos mesmos e a continuidade da respetiva atividade, desde que a dispensa solicitada não ponha em causa a segurança ou saúde dos utentes ou terceiros.

Artigo 56.º
Comparticipação nos encargos da segurança social pelo orçamento da Região Autónoma da Madeira

1. Nas situações em que os encargos financeiros devam ser assumidos pelo orçamento do ISSM, IP-RAM, em harmonia com o previsto no artigo 45.º da presente Portaria, e que tal não possa ser legalmente exequível por inexistência de dotação orçamental, os mesmos são suportados pela Secretaria Regional da Inclusão e Assuntos Sociais, através das dotações que lhe forem anualmente atribuídas pelo orçamento da Região Autónoma da Madeira.
2. Nas situações previstas no número anterior, o contrato de adesão a que se refere o artigo 40.º da presente Portaria, é formalizado entre a entidade gestora ou promotora e a Secretaria Regional da Inclusão e Assuntos Sociais, o ISSM, IP-RAM e o IASAÚDE, IP-RAM.

Artigo 57.º
Vigência

A presente Portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

ANEXO
(A que se refere o n.º 1 do artigo 43.º)

Tabela de Preços da REDE

Tipologia de UNIDADE	Encargos com cuidados de saúde (utente/ dia)	Encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão (utente/dia)	Encargos com cuidados de apoio social (utente/dia)	Encargos com utilização de fraldas (utente/dia)	Total em euros (utente/dia)
I - Diárias de internamento por utente					
Convalescença	91,00	15,09			106,09
Média duração e reabilitação	56,08	12,07	19,93		88,08
II - Diárias de Internamento em Longa Duração e Manutenção por utente					
	Encargos com cuidados de saúde, inclui medicamentos, realização exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão (utente/ dia)		Encargos com cuidados de apoio social (utente/dia)	Encargos com utilização de fraldas (utente/dia)	Total em euros (utente/dia)
Longa Duração e manutenção	34,74		37,69	1,64	74,07
III - Diárias de ambulatório por utente					
Unidade de dia/ promoção da autonomia	9,64				9,64

Anexo II
(A que se refere o Artigo 40.º - B)

Atribuição e valor de incentivos

UNIDADE: _____

1. INDICADORES DE RESULTADOS E VALOR DOS INCENTIVOS

Indicador	Intervalo de referência	Variação aceitável	Valor do Incentivo utente/dia(euros)
	Grau de cumprimento do Indicador		
Taxa de efetividade de prevenção de úlceras de Pressão	97%	96%	2,40
Taxa de efetividade de prevenção de quedas	92%	88%	

2. INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO TRIMESTRAL

Indicador	Intervalo de referência	Variação aceitável
Taxa de incidência de úlcera de pressão	3 %	4%
Proporção de utentes com registo de quedas no período em análise	8%	11%

Anexo III
(a que se refere o n.º 1 do artigo 54.º)

Autorização de Funcionamento n.º ...*/...** A Direção Regional de Saúde (DRS) nos termos do artigo 54.º da Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho, declara que a Unidade... (denominação da unidade), sita em..., código postal..., localidade..., freguesia de..., concelho de..., com entidade promotora e gestora... (identificação da entidade e NIPC), contratada para a prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social, em regime de internamento e ou em regime de ambulatório para unidade de... (identificar a tipologia de resposta), com lotação máxima de..., cumpre, na generalidade, à presente data, as condições de instalações, equipamentos e funcionamento, nos termos estabelecidos na legislação aplicável. Mais declara que qualquer alteração às condições de funcionamento objeto da presente autorização fica dependente de nova autorização, que incidirá sobre as alterações obrigatoriamente comunicadas pela entidade promotora e gestora à DRS. Funchal, ...de....de.... O Diretor Regional
• *Tipologia de resposta • **Ano civil

SECRETARIAS REGIONAIS DAS FINANÇAS E DE TURISMO E CULTURA**Portaria n.º 377/2022**

de 19 de julho

Sumário:

Autoriza a distribuição dos encargos orçamentais relativos à construção, montagem e desmontagem de iluminações decorativas, nas Festas de Natal e do Fim do Ano 2022/2023 e 2023/2024 e nas Festas de Carnaval 2023 e 2024, na Região Autónoma da Madeira, no montante total de € 1.878.250,00.

Texto:

Dando cumprimento ao disposto nos n.ºs 1 e 2 do artigo 22.º do Decreto-Lei n.º 197/99, de 08 de junho, aplicável por força do disposto na alínea f) do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro e do disposto na alínea b) do n.º 1 do artigo 6.º da Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro, do artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 127/2012, de 21 de junho, n.º 1 do artigo 29.º do Decreto Legislativo Regional n.º 28-A/2021/M, de 31 de dezembro e do n.º 1 do artigo 23.º do Decreto Regulamentar Regional n.º 5/2021/M, de 03 de maio, manda o Governo Regional da Madeira, através do Secretário Regional das Finanças e do Secretário Regional de Turismo e Cultura, o seguinte:

- 1.º Os encargos orçamentais relativos à construção, montagem e desmontagem de iluminações decorativas, nas Festas de Natal e do Fim do Ano 2022/2023 e 2023/2024 e nas Festas de Carnaval 2023 e 2024, na Região Autónoma da Madeira, no montante total de € 1.878.250,00 (um milhão, oitocentos e setenta e oito mil, duzentos e cinquenta euros), acrescido de IVA à taxa legal em vigor, ficam assim repartidos pelos anos económicos de:

2022	€ 93.912,50;
2023	€ 1.126.950,00;
2024	€ 657.387,50.

- 2.º Relativamente ao ano de 2022, a despesa tem cabimento na Secretaria 47, Capítulo 50, Divisão 01, Subdivisão 02, Classificação Funcional 047, Classificação Económica 02.02.25.AS.00, Projeto 50414, Fundo 4381000125, Programa 043, Medida 010, Fonte de Financiamento 381, do Orçamento da Região Autónoma da Madeira.

- 3.º Os encargos para os anos de 2023 e de 2024, serão inscritos nas respetivas propostas de orçamento.

- 4.º A presente portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Secretaria Regional das Finanças e Secretaria Regional de Turismo e Cultura, assinada em 15 de julho de 2022.

O SECRETÁRIO REGIONAL DAS FINANÇAS, Rogério de Andrade Gouveia

O SECRETÁRIO REGIONAL DE TURISMO E CULTURA, António Eduardo de Freitas Jesus

SECRETARIAS REGIONAIS DAS FINANÇAS E DE INCLUSÃO SOCIAL E CIDADANIA**Portaria n.º 378/2022**

de 19 de julho

Sumário:

Autoriza o Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM, abreviadamente designado por ISSM, IP-RAM a assumir os encargos orçamentais nos anos de 2022 a 2025, no valor total de € 99.945,00, relativamente à celebração do acordo atípico entre o ISSM, IP-RAM e a Câmara de Lobos Viva-Associação de Desenvolvimento Comunitário, destinado ao financiamento da constituição de uma equipa de profissionais a afetar às respostas sociais.

Texto:

Considerando que o Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM, adiante designado por ISSM, IP-RAM, pretende celebrar um acordo atípico com a Instituição Particular de Solidariedade Social, Câmara de Lobos Viva - Associação de Desenvolvimento Comunitário, de modo a viabilizar a constituição de uma equipa de profissionais, composta por 1 técnico com formação superior na área social e 1 animador cultural, a afetar às respostas sociais desenvolvidas pela Instituição, designadamente as de atendimento/acompanhamento social, apoio alimentar e loja social, bem como e se necessário, aos projetos de intervenção social desenvolvidos;

Considerando que os encargos orçamentais decorrentes da mencionada celebração de acordo se fixam em € 99.495,00, encargos esses a assumir para os anos económicos de 2022 a 2025;

Assim, manda o Governo Regional da Madeira, pelo Secretário Regional das Finanças e pela Secretária Regional de Inclusão Social e Cidadania, ao abrigo do disposto no artigo 25.º do Decreto-Lei n.º 155/92, de 28 de julho, na sua redação atual, conjugado com o previsto na alínea a) do n.º 1 do artigo 6.º da Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro (LCPA), na sua redação atual, no n.º 1 do artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 127/2012, de 21 de junho, na sua redação atual, e de harmonia com o previsto nos n.ºs 2 e 3 do artigo 7.º do Decreto Legislativo Regional n.º 11/2015/M, de 18 de dezembro, na sua redação atual, o seguinte:



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

GOVERNO REGIONAL

SECRETARIA REGIONAL DA INCLUSÃO SOCIAL E CIDADANIA

DIREÇÃO REGIONAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS INTEGRADAS E LONGEVIDADE

CONDIÇÕES DE INSTALAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES DE INTERNAMENTO E DE AMBULATÓRIO FIXADAS A NÍVEL NACIONAL

- Portaria n.º 174/2014, publicada no DRE, 1ª série, n.º 174, de 10 de setembro de 2014.
- Portaria n.º 289-A/2015, publicada no DRE, 1ª série, n.º 182 de 17 de setembro de 2015 (1ª alteração à portaria n.º 174/2014).
- Portaria n.º 50/2017, publicada no DRE, 1ª série, n.º 24, de 2 de fevereiro de 2017 (2ª alteração à portaria n.º 174/2014).
- Portaria n.º 249/2018, publicada no DRE, 1ª série, n.º 172, de 6 de setembro (3ª alteração à portaria n.º 174/2014).





REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

GOVERNO REGIONAL

SECRETARIA REGIONAL DA INCLUSÃO SOCIAL E CIDADANIA

DIREÇÃO REGIONAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS INTEGRADAS E LONGEVIDADE

- Portaria n.º 343/2015, publicada no DRE, 1ª série, de 12 de outubro de 2015 (Cuidados Pediátricos).
- Portaria n.º 153/2016, publicada no DRE, 1ª série, n.º 102, de 27 de maio de 2016 (Cuidados Continuados Pediátricos).
- Decreto-Lei n.º 8/2010, publicado no DRE, 1ª série, n.º 19 de 28 de janeiro de 2010 (Cuidados Continuados Saúde Mental).
- Decreto-Lei n.º 22/2011, publicado no DRE, 1ª série, n.º 29 de 10 de fevereiro de 2011 (Cuidados Continuados Saúde Mental).
- Portaria n.º 149/2011, publicado no DRE, 1ª série, n.º 70 de 8 de abril de 2011 (Cuidados Continuados de Saúde Mental).
- Decreto-Lei n.º 136/2015, publicado no DRE, 1ª série, n.º 145, de 28 de julho de 2015 (Cuidados Continuados Paliativos).



vi) Estabelecer que compete à nova direção da Casa do Douro que for eleita, mediante autorização da tutela, nos termos da lei, adquirir e alienar os bens móveis e imóveis, alienar participações sociais minoritárias em entidades compatíveis com as atribuições que a Casa do Douro prossegue, designadamente de carácter mutualista, bem como autorizar o pagamento das despesas orçamentadas e contrair empréstimos dentro dos limites fixados pelo conselho regional;

vii) Estabelecer que o presidente da comissão de fiscalização da Casa do Douro é um revisor oficial de contas, designado pelo membro do Governo responsável pela área das finanças, sendo os vogais eleitos pelo conselho regional e que este órgão é competente para supervisionar o processo eleitoral para os órgãos da Casa do Douro;

viii) Proceder à adequação dos Estatutos em conformidade com a presente lei, nomeadamente revogando as disposições consideradas necessárias;

z) Estabelecer que são revogados, com efeitos a 31 de dezembro de 2014, os Decretos-Leis n.ºs 486/82, de 28 de dezembro, e 277/2003, de 6 de novembro.

Assembleia da República, 8 de setembro de 2014. —
O Secretário-Geral, *Albino de Azevedo Soares*.

MINISTÉRIOS DAS FINANÇAS, DA SAÚDE E DA SOLIDARIEDADE, EMPREGO E SEGURANÇA SOCIAL

Portaria n.º 174/2014

de 10 de setembro

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, dirige-se a pessoas em situação de dependência que necessitam de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitadora ou paliativa, prestados por unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias prestadoras de cuidados continuados integrados.

Neste contexto, a Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro, com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 189/2008, de 19 de fevereiro, definiu, em termos genéricos, as condições de instalação e funcionamento das unidades de internamento da RNCCI.

Contudo, face à experiência decorrente da aplicação dos referidos normativos, revela-se necessário introduzir aperfeiçoamentos no que respeita às condições de instalação e funcionamento das unidades de internamento e definir as relativas às unidades de ambulatório.

Importa, também, regular o funcionamento, das equipas de gestão de altas, e equipas de cuidados continuados integrados.

Definem-se, igualmente, os requisitos técnicos das condições de instalação e de funcionamento das unidades de internamento e de ambulatório, aqui regulamentados através de programas funcionais para as diferentes tipologias, traduzindo um maior aperfeiçoamento face aos anteriores requisitos aplicáveis a esta matéria.

Por outro lado, e ainda no que concerne ao funcionamento das unidades de internamento, prevê-se que até à entrada em vigor do regime jurídico do licenciamento

para as unidades da RNCCI seja emitida autorização de funcionamento pelos competentes serviços do Ministério da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social.

Tendo em conta a necessidade de garantir a sustentabilidade das entidades promotoras e gestoras preveem-se na autorização de funcionamento os lugares que integram a RNCCI bem como os lugares que podem ser geridos pelas entidades de forma autónoma.

Prevê-se, ainda, em sede do presente diploma a figura do contrato de prestação de serviços a celebrar entre as entidades promotoras e gestoras de unidades de internamento de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção e de ambulatório e o utente, instrumento jurídico que visa clarificar as relações entre o prestador de serviços e o utente.

Vem, também, definir-se o número mínimo de recursos humanos a afetar ao funcionamento das diferentes tipologias da RNCCI.

Importa, ainda, regular as condições de adesão à RNCCI por parte das entidades promotoras e gestoras previstas no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, cujo processo tem início com o pedido de adesão e fica dependente da celebração de contrato escrito a celebrar com as Administrações Regionais de Saúde, I. P. (ARS) quando estejam em causa unidades de convalescença e ainda com os Centros Distritais do Instituto da Segurança Social, I. P., (CDists do ISS, I. P.) quando estejam em causa unidades de média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e unidades de ambulatório, nos termos do qual se contratualizam programas de cuidados continuados e se definem os direitos e obrigações das partes outorgantes.

Por último, na decorrência das últimas alterações legislativas às atuais orgânicas do Ministério da Saúde, a coordenação nacional da RNCCI é agora assegurada pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS), mantendo-se os dois níveis territoriais de operacionalização, o regional e o local, assegurados pelas Equipas Coordenadoras Regionais (ECR), sediadas nas ARS, e pelas Equipas Coordenadoras Locais (ECL), sediadas nos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) e em Unidade Local de Saúde, que não tenha ACES constituído.

Assim, ao abrigo dos artigos 41.º, 42.º e 37.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, do artigo 23.º e do n.º 1 do artigo 25.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, manda o Governo, pelos Secretários de Estado Adjunto e do Orçamento, Adjunto do Ministro da Saúde e da Solidariedade e da Segurança Social, o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições Gerais

Artigo 1.º

Objeto

1 — A presente portaria define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório, doravante designadas por unidades, bem como as condições de funcionamento a que devem obedecer as equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), estas

últimas designadas por equipas domiciliárias, previstas no artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

2 — A presente portaria regula também os vários níveis de coordenação da RNCCI.

3 — São ainda regulados os procedimentos relativos às adesões dos serviços e estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde e das instituições do setor social e do setor privado que adiram à RNCCI após a entrada em vigor do presente diploma.

4 — Excetuam-se do âmbito de aplicação da presente portaria as unidades de internamento e de ambulatório destinadas a cuidados pediátricos, as quais se regem por legislação própria.

Artigo 2.º

Definições

Para efeitos do presente diploma consideram-se:

a) “Condições de instalação”, as condições relativas à construção e segurança das instalações e das pessoas no que se refere a acessos, circulação, instalações técnicas e equipamentos e tratamento de resíduos das unidades da RNCCI, compreendendo a construção de raiz, a remodelação e a adaptação de edifícios.

b) “Condições de funcionamento”, as condições que permitem e viabilizam a concretização dos objetivos das unidades e equipas da RNCCI.

c) “Condições de adesão”, as condições que viabilizam a integração das entidades promotoras e gestoras na RNCCI.

CAPÍTULO II

Condições de instalação

Artigo 3.º

Instalações

1 — As instalações de unidades da RNCCI devem estar em conformidade com a legislação nacional e comunitária vigente, nomeadamente no que diz respeito a:

- a) Localização;
- b) Terreno;
- c) Construção;
- d) Instalações e equipamentos de águas e esgotos;
- e) Instalações e equipamentos elétricos;
- f) Instalações e equipamentos mecânicos, incluindo as centrais e redes de gases medicinais;
- g) Instalações e equipamentos de segurança contra incêndios;
- h) Equipamento geral;
- i) Equipamento de uso clínico;
- j) Sistema de gestão de resíduos de natureza diversa.

2 — A definição e caracterização dos espaços necessários ao desenvolvimento das atividades das unidades da RNCCI devem ainda obedecer às condições específicas de instalação previstas nos anexos I, II e III à presente portaria que dela fazem parte integrante.

3 — Para efeitos do disposto nos números anteriores, mantêm-se válidas as licenças das unidades emitidas ao abrigo da legislação vigente antes da entrada em vigor da presente portaria.

4 — Ao licenciamento de construção e autorização de utilização é aplicável a legislação em vigor, sem prejuízo do disposto na presente portaria.

CAPÍTULO III

Condições de funcionamento

Artigo 4.º

Direitos dos utentes

Sem prejuízo do disposto no artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, o funcionamento das unidades e equipas da RNCCI baseia-se no respeito pelos seguintes direitos do utente:

- a) Integridade física, psíquica e moral;
- b) Identidade pessoal e reserva da vida privada;
- c) Não discriminação;
- d) Respeito pela sua decisão, ou do seu representante, quanto aos procedimentos a efetuar no âmbito da prestação dos cuidados, em conformidade com a legislação vigente;
- e) Participação do próprio, e dos seus familiares ou dos cuidadores informais, na elaboração do plano individual de intervenção;
- f) Confidencialidade dos dados do processo individual e outras informações clínicas;
- g) Participação, sempre que possível, dos familiares ou dos cuidadores informais no apoio ao utente, desde que este apoio contribua para o seu bem-estar e equilíbrio psicoafetivo;
- h) Visita, sem restrições de dias, em horário alargado, que tenha em conta as necessidades do envolvimento familiar e social nos termos definidos em regulamento interno e desde que tal não ponha em causa o normal funcionamento dos serviços, o bem-estar dos doentes e a prestação de cuidados aos mesmos;
- i) Convivência social, promovendo o relacionamento entre os utentes, e destes com os seus familiares e amigos, bem como com os profissionais, no respeito pela sua vontade e interesses;
- j) Assistência religiosa e espiritual, por solicitação do utente ou a pedido de familiares ou dos cuidadores informais.

Artigo 5.º

Funcionamento das unidades de internamento

1 — As unidades de internamento prestam cuidados de saúde e de apoio social, na sequência de episódio de doença aguda ou da necessidade de prevenção de agravamentos de doença crónica, centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e cuidados paliativos a pessoas que se encontram em situação de dependência, com vista à sua reintegração sociofamiliar.

2 — A concretização dos objetivos das unidades da RNCCI exige um funcionamento que proporcione e garanta ao utente:

- a) Prestação dos cuidados de saúde, de reabilitação, de manutenção, de conforto e de apoio psicossocial adequados;
- b) Personalização dos cuidados prestados mediante a identificação de um profissional, designado “Gestor de Caso”, responsável direto pelo acompanhamento do pro-

cesso individual e garante da comunicação com os demais intervenientes na prestação de cuidados;

c) Utilização adequada dos fármacos;

d) Alimentação que tenha em conta uma intervenção nutricional adequada;

e) Prestação de cuidados de higiene;

f) Um ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor de autonomia;

g) Atividades de convívio e lazer;

h) Participação, ensino e treino dos familiares/cuidadores informais.

3 — A prestação de cuidados exige uma avaliação multidisciplinar das necessidades do utente, realizada nas 48 horas após a admissão, e implica a elaboração de um plano individual de intervenção.

Artigo 6.º

Funcionamento da unidade de ambulatório

1 — As unidades de ambulatório prestam cuidados continuados integrados de manutenção, de promoção de autonomia e apoio social a pessoas com diferentes graus de dependência, sem necessidade de internamento, que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio, ou cuja situação não aconselhe a prestação de cuidados no domicílio.

2 — As unidades de ambulatório devem organizar-se para prestar cuidados continuados diferenciados em função das patologias e ou grau de dependência dos utentes.

3 — A concretização dos objetivos da unidade de ambulatório exige um funcionamento em regime diurno, todos os dias úteis, por um período não inferior a oito horas diárias de forma a garantir e proporcionar ao utente:

a) Cuidados de saúde de âmbito preventivo, manutenção e reabilitação;

b) Desenvolvimento de atividades de treino cognitivo, de treino de atividades de vida diária e de atividades instrumentais de vida diária;

c) Desenvolvimento de atividades de reabilitação e de manutenção das capacidades motoras e sensoriais;

d) Promoção da interação do utente com a família, ou com o cuidador informal;

e) Apoio na satisfação de necessidades básicas, nomeadamente a alimentação e higiene pessoal;

f) Participação, ensino e treino dos familiares ou cuidadores informais;

g) Realização de atividades culturais e de lazer, tendo em vista a socialização.

4 — A unidade de ambulatório pode funcionar em instalações físicas das unidades de internamento de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, ou em espaços físicos a estas acoplados.

Artigo 7.º

Funcionamento das equipas de gestão de altas

1 — A equipa de gestão de altas (EGA) é uma equipa hospitalar multidisciplinar, sediada em hospital integrado no SNS que referencia utentes para as unidades e equipas da RNCCI.

2 — As equipas referidas no número anterior fazem o planeamento de alta relativamente a todos os doentes que necessitem de cuidados continuados integrados, imediata-

mente após um internamento hospitalar, bem como a todos os doentes que apresentem um grau de dependência que não lhes permita o regresso ao domicílio em condições de segurança ou aqueles em que seja necessária uma avaliação mais precisa do grau de dependência.

3 — À EGA devem ser sinalizados, pelo serviço onde se encontram internados, todos os doentes que necessitem de cuidados continuados integrados para que se possa proceder a um planeamento articulado e atempado da alta.

4 — Em cada hospital integrado no SNS deve existir uma EGA.

Artigo 8.º

Funcionamento das equipas domiciliárias

1 — As equipas domiciliárias prestam cuidados centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e conforto, a pessoas em situação de dependência, doença terminal, ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.

2 — A prestação de cuidados exige uma avaliação multidisciplinar das necessidades da pessoa realizada pelas equipas domiciliárias e implica a elaboração de um plano individual de intervenção.

3 — As equipas referidas no n.º 1 são equipas da RNCCI, da responsabilidade dos cuidados de saúde primários, enquadradas no âmbito da prestação de cuidados dos ACES, integrados ou não em unidade local de saúde, E. P. E. (ULS) em articulação com as unidades e outras equipas da RNCCI.

4 — As condições de funcionamento das equipas domiciliárias constam de carta de compromisso a celebrar entre o ACES, integrados ou não em ULS e a Administração Regional de Saúde, I. P. (ARS) e os CDists do ISS, I. P.

5 — A concretização dos objetivos das equipas domiciliárias exige um funcionamento que proporcione e garanta ao utente:

a) Prestação dos cuidados de saúde, de reabilitação, de manutenção, de natureza paliativa e de apoio psicossocial adequados, promovendo o envolvimento dos familiares ou dos cuidadores informais;

b) Personalização dos cuidados prestados mediante a identificação de um profissional, preferencialmente, enfermeiro, designado “Gestor de Caso”, responsável direto pelo acompanhamento do processo individual e garante da comunicação com os demais intervenientes na prestação de cuidados;

c) Prestação de apoio psicoemocional;

d) Consulta multidisciplinar e acompanhamento assistencial de natureza paliativa;

e) Apoio no desempenho das atividades básicas e instrumentais da vida diária;

f) Promoção de um ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor de autonomia;

g) Participação, ensino e treino dos familiares ou dos cuidadores informais.

Artigo 9.º

Regulamento interno das unidades

1 — As unidades dispõem de um regulamento interno de funcionamento que contém, designadamente, os seguintes elementos:

a) Direção técnica, direção clínica e mapa de pessoal, no qual seja indicado o número de profissionais por ca-

tegoria, bem como o correspondente número de horas a afetar à unidade;

b) Direitos e deveres dos utentes e seus familiares ou cuidadores informais;

c) Serviços e cuidados disponíveis;

d) Condições de pagamento do valor dia, por parte do utente, definidas para as unidades de internamento de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção e de ambulatório, bem como forma de eventual pagamento antecipado;

e) Condições do depósito de bens;

f) Condições de admissão, mobilidade, alta e reserva de lugar;

g) Horários de funcionamento, nomeadamente, horário das refeições;

h) Gestão de reclamações;

i) Demais regras de funcionamento.

2 — O regulamento interno é aprovado pela entidade promotora e gestora da unidade e submetido à apreciação da ECR que emitirá parecer devidamente fundamentado, no prazo máximo de 30 dias úteis contados da data da receção do mesmo.

Artigo 10.º

Processo individual do utente

1 — As unidades e equipas devem organizar o processo individual em suporte informático ou em papel que inclui, designadamente:

a) Identificação do utente;

b) Data de admissão;

c) Identificação e contacto do médico assistente da unidade ou do ambulatório;

d) Identificação e contacto do “Gestor de Caso” da unidade ou da equipa;

e) Identificação e contactos dos familiares, cuidadores informais e representante legal quando exista;

f) Cópia do Consentimento Informado e do Termo de Aceitação, quando aplicável;

g) Contrato de prestação de serviços;

h) Plano individual de intervenção;

i) Registos relativos à evolução do estado de saúde do utente no âmbito dos respetivos planos individuais de cuidados;

j) Nota de alta.

2 — O processo individual de cuidados continuados do utente deve ser permanentemente atualizado, sendo que, no que reporta a registo de observações, prescrições, administração de terapêutica e prestação de serviços e cuidados, deve ser anotada a data e a hora em que foram realizados, bem como a identificação clara do seu autor.

3 — O processo individual é de acesso restrito nos termos da legislação aplicável.

4 — As unidades e equipas prestadoras asseguram o arquivo do processo individual do utente, em conformidade com a legislação vigente.

Artigo 11.º

Contrato de Prestação de Serviços

1 — As entidades promotoras e gestoras de unidades de internamento de média duração e reabilitação e longa duração e manutenção e de ambulatório, devem celebrar

contratos de prestação de serviços com os utentes e ou seus familiares e, quando exista, com o representante legal.

2 — No âmbito do contrato referido no número anterior, poderá ser prevista uma caução, com o objetivo de assegurar o respetivo pagamento do internamento do utente

Artigo 12.º

Acesso à informação

1 — As unidades devem ter disponível e em local bem visível e de fácil acesso a seguinte informação e documentos:

a) Licença ou autorização de funcionamento;

b) Horário de atendimento;

c) Identificação do diretor técnico;

d) Identificação do diretor clínico e do enfermeiro coordenador;

e) Horário de funcionamento, incluindo horário das visitas;

f) Plano e horário das atividades;

g) Mapa semanal das ementas;

h) Referência à existência de regulamento interno e de livro de reclamações.

2 — As unidades devem ser identificadas mediante afixação de placa identificativa com logótipo da RNCCI e respetiva tipologia, em conformidade com as regras definidas pelos organismos competentes.

CAPÍTULO IV

Recursos Humanos

Artigo 13.º

Requisitos

Os profissionais das unidades e equipas devem possuir as qualificações necessárias, designadamente título profissional, adequado ao exercício das funções.

Artigo 14.º

Dotações das unidades em recursos humanos

1 — De forma a assegurar níveis adequados de qualidade na prestação de cuidados, as unidades da RNCCI poderão seguir, consoante as suas dimensões, as recomendações mencionadas no anexo IV à presente portaria que dela faz parte integrante.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, não é considerada a colaboração de voluntários ou de pessoas em estágio profissional prévio à obtenção da qualificação necessária para o exercício de funções.

Artigo 15.º

Direção técnica das unidades

1 — Ao Diretor Técnico, em articulação com os órgãos de gestão da entidade promotora e gestora, compete designadamente:

a) Definir um modelo de gestão integrada de cuidados e submete-lo à aprovação dos órgãos de gestão da instituição;

b) Implementar internamente os programas de gestão da qualidade;

c) Promover a melhoria contínua e a humanização dos cuidados continuados integrados;

d) Supervisionar, coordenar e acompanhar a atividade dos profissionais;

e) Implementar programas de formação, iniciais e contínuos, bem como desenvolver um programa de integração de novos profissionais.

2 — Para além do disposto no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, quanto à direção técnica das unidades de internamento, o diretor técnico da unidade de ambulatório deve ser um profissional da área da saúde ou da área psicossocial.

Artigo 16.º

Recursos humanos das equipas de gestão de altas

1 — As EGA integram um médico, um enfermeiro e um assistente social, podendo ainda integrar outros profissionais, nomeadamente para apoio administrativo, sempre que o volume e a complexidade de atividades o justificar.

2 — Os profissionais que integram as EGA são designados pelo conselho de administração do hospital e exercem as suas funções, preferencialmente, em regime de tempo completo, em espaço próprio e equipado para o efeito.

3 — Quando, em função da dimensão da área de intervenção, não for possível ou adequado que todos os profissionais se encontrem a tempo completo, devem ser fixados horários ajustados que garantam o normal funcionamento da EGA, os quais deverão expressamente constar de regulamento interno.

4 — Os conselhos de administração dos hospitais integrados no SNS designam um interlocutor em cada centro de responsabilidade, departamento ou serviço, a quem cabe a articulação com a EGA.

5 — Os conselhos de administração dos hospitais integrados no SNS designam um responsável pela coordenação da EGA que articula com as ECL e com a ECR.

Artigo 17.º

Recursos humanos das equipas domiciliárias

1 — As equipas domiciliárias integram, designadamente, médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas e assistentes sociais, sendo a respetiva afetação da responsabilidade do ACES, de acordo com os objetivos contratualizados.

2 — Os profissionais referidos no número anterior são nomeados pelo Conselho de Administração da ULS ou pelo Diretor Executivo do ACES, sob proposta do coordenador da unidade de cuidados na comunidade, sempre que exista e a sua composição e dimensão deve ter em conta as características sócio demográficas, epidemiológicas e geográficas da área onde está inserida.

Artigo 18.º

Formação dos profissionais

1 — Cabe às entidades promotoras e gestoras das unidades e equipas, no início de cada ano, o desenvolvimento do plano anual de formação, tendo como referência o levantamento de necessidades e as recomendações das ARS e CDist do ISS, I. P.

2 — As entidades promotoras e gestoras das unidades e equipas devem garantir a participação dos seus profissionais em ações de formação, no âmbito das orientações

e objetivos gerais da RNCCI, bem como em ações promovidas por outras entidades, desde que correspondam aos objetivos da RNCCI e contribuam para sua formação contínua.

3 — A ARS/ACSS e o ISS, I. P., podem, sempre que entendam necessário, solicitar às entidades promotoras e gestoras das unidades e equipas comprovativos da formação realizada..

CAPÍTULO V

Referenciação na RNCCI e admissão nas unidades e equipas

Artigo 19.º

Referenciação para unidades e equipas

1 — Sem prejuízo do disposto no artigo 31.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, para as unidades e equipas da RNCCI podem ser referenciados os utentes que se encontrem em situação de:

a) Dependência que os impossibilite de desenvolver as atividades instrumentais e básicas da vida diária, na sequência de episódios de doença aguda e ou com presença de síndromes geriátricas, nomeadamente, desnutrição, deterioração cognitiva, problemas sensoriais;

b) Doença crónica, com episódios frequentes de reagudização e que necessitem de seguimento e acompanhamento prolongados, nomeadamente, doença pulmonar obstrutiva crónica, doença neurodegenerativa, insuficiência cardíaca, diabetes, hepatopatia;

c) Doença grave, progressiva e incurável, sem possibilidades de resposta favorável a um tratamento específico, com sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais e instáveis, com prognóstico de vida limitado e que provoca um grande impacto emocional ao doente e família;

d) Necessidade de continuidade de tratamentos que contribuam para a reabilitação na sequência de episódio de doença aguda ou manutenção preventiva de agudizações.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior deve atender-se aos seguintes critérios de referenciação:

a) Para unidade de convalescença, as pessoas que, na sequência de episódio de doença aguda, suscetível de melhoria, em período previsível de 30 dias requeiram:

i) Cuidados médicos diários e de enfermagem permanentes;

ii) Reabilitação intensiva;

iii) Alimentação por sonda nasogástrica;

iv) Tratamento de úlceras de pressão e ou feridas;

v) Manutenção e tratamento de estomas;

vi) Terapêutica parentérica;

vii) Medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia, aspiração de secreções e ventilação não invasiva;

viii) Ajuste terapêutico e ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada;

ix) Cuidados por apresentarem algum dos seguintes síndromes, potencialmente recuperáveis a curto prazo, nomeadamente, depressão, confusão, desnutrição, problemas na deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e ou segurança da locomoção;

x) Cuidados por doença crónica com risco iminente de descompensação;

- xi) Programa de reabilitação funcional;
- xii) Cuidados por síndrome de imobilização.

b) Para unidade de média duração e reabilitação, a situação de dependência que, na sequência de uma doença aguda ou reagudização de doença crónica, em período previsível de 30 dias a 90 dias, requeira:

- i) Cuidados médicos diários, de enfermagem permanentes;
- ii) Reabilitação intensiva;
- iii) Medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia e aspiração de secreções e ventilação não invasiva;
- iv) Prevenção ou tratamento de úlceras;
- v) Manutenção e tratamento de estornas;
- vi) Cuidados por síndromes, potencialmente recuperáveis a médio prazo, designadamente, depressão, confusão, desnutrição, eficiência e ou segurança da locomoção;
- vii) Programa de reabilitação funcional com duração previsível até 90 dias;
- viii) Tratamento por síndrome de imobilização.

c) Para unidade de longa duração e manutenção, a situação de dependência que em período superior a 90 dias requeira:

- i) Cuidados médicos regulares e cuidados de enfermagem permanentes;
- ii) Cuidados de saúde, por patologia aguda e ou crónica estabilizada e défice de autonomia nas atividades da vida diária, com previsibilidade de internamento superior a 90 dias;
- iii) Cuidados por patologia crónica de evolução lenta, com previsão de escassa melhoria clínica, funcional e cognitiva;
- iv) Medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia e aspiração de secreções e ventilação não invasiva;
- v) Internamento, por apresentar algum dos seguintes síndromes: depressão, confusão, desnutrição/ problemas na deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e ou segurança da locomoção;
- vi) Internamento por dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, não podendo a duração do(s) respetivo(s) internamento(s) ser de duração superior a 90 dias consecutivos, com o limite anual de 90 dias;
- vii) Programa de reabilitação funcional ao nível da manutenção.

d) Para unidade de ambulatório, a situação em que o doente requeira cuidados continuados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime de ambulatório e não reúna condições para ser cuidado no domicílio.

e) Para equipas domiciliárias, a situação de dependência em que o doente reúna condições no domicílio para lhe serem prestados os cuidados continuados integrados de que necessita.

3 — Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, constituem critérios para efeitos de não admissão em unidades e equipas os seguintes:

- a) Doente com episódio de doença em fase aguda;
- b) Pessoa que necessite exclusivamente de apoio social;
- c) Doente cujo objetivo do internamento seja o estudo diagnóstico;

d) Doente infectado, cujo regime terapêutico inclua antibióticos de uso exclusivo hospitalar.

4 — Constituem ainda critérios para efeitos de não admissão em unidades de longa duração e manutenção os seguintes:

- a) Doente com úlceras de pressão;
- b) Doentes com necessidade de medidas de suporte respiratório de forma permanente ou quase permanente;
- c) Doente com débitos de oxigénio iguais ou superiores a 3l/min.

Artigo 20.º

Processo de referenciação

1 — A referenciação de doentes internados em hospital integrado no SNS, para a RNCCI, é sempre precedida de sinalização pelos competentes serviços hospitalares à EGA, preferencialmente nas 48 horas após o internamento.

2 — Os doentes provenientes da comunidade, nomeadamente do domicílio, são sinalizados por profissionais da área da saúde e ou social do ACES ou ULS às equipas referenciadoras dos cuidados de saúde primários.

3 — A referenciação para a RNCCI ocorre na sequência de diagnóstico da situação de dependência, mediante avaliação médica, de enfermagem e social realizada pelas EGA do hospital integrado no SNS ou pelas equipas referenciadoras dos cuidados de saúde primários sujeita a validação pela ECL da área de residência do utente, de acordo com os formulários e processos de registo definidos pelos organismos competentes.

4 — Após a referenciação, a ECL avalia e valida a proposta de referenciação e tipologia adequada às necessidades do utente.

5 — A referenciação de doentes, internados no hospital integrado no SNS para cuidados continuados integrados, feita pela EGA à ECL do domicílio do doente, deve ocorrer 48 a 72 horas antes da data prevista para a alta hospitalar.

6 — A EGA assegura a atualização de toda a informação que deve acompanhar o utente no momento da alta hospitalar e consequente admissão em unidade ou equipa da RNCCI, designadamente quanto a:

- a) Nota de alta médica, com informação da situação clínica e medicação;
- b) Notas de enfermagem, com indicação das necessidades em cuidados;
- c) Notas do serviço social;
- d) Cópia dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados ou do relatório dos mesmos;
- e) Anotações sobre o programa de seguimento do doente e de marcações de próximas consultas ou exames complementares, com identificação do responsável pelo seguimento do doente, quando aplicável.

7 — Na referenciação do utente para unidade ou equipa deve ter-se em conta a proximidade da área do domicílio do utente, relativamente à unidade ou equipa e sempre que possível ter em consideração a sua preferência.

Artigo 21.º

Processo de admissão nas unidades e equipas

1 — A admissão de utentes nas unidades e equipas é precedida de proposta de referenciação da EGA e ou da

equipa referenciadora dos cuidados de saúde primários, de acordo com o referido no artigo 20.º

2 — A ECR determina a admissão do utente em unidade ou equipa da RNCCI, preferencialmente, de acordo com a unidade indicada pelo utente, na medida dos recursos/vagas existentes.

3 — A unidade ou equipa da RNCCI deve efetivar a admissão do utente no prazo de 48 horas ou solicitar a reavaliação à equipa da RNCCI.

4 — Para efeitos de admissão nas unidades e equipas domiciliárias é necessário obter o prévio consentimento informado por parte do utente.

5 — Para além do documento referido no número anterior, a admissão nas unidades de internamento de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção e de ambulatório, carece ainda da assinatura do termo de aceitação das situações de participação do utente, e da tomada de conhecimento da necessidade da celebração de contrato de prestação de serviços, no momento da admissão, em conformidade com a legislação aplicável.

6 — Para efeitos de admissão nas unidades de internamento de média duração e reabilitação, nas de longa duração e manutenção e nas de ambulatório, as entidades promotoras e gestoras celebrem com o utente e ou seus familiares e, quando exista, com o representante legal, o contrato de prestação de serviços referido no artigo 11.º

7 — A ECL deve assegurar a atualização de toda a informação relativa ao utente que consta do processo de referenciação.

CAPÍTULO VI

Continuidade de cuidados integrados, prorrogação, mobilidade e alta

Artigo 22.º

Continuidade da prestação de cuidados

1 — Para a concretização dos objetivos terapêuticos, a continuidade da prestação de cuidados a cada utente deve ser reavaliada quinzenal ou mensalmente pela unidade, conforme se trate de unidade de convalescença ou de média duração e reabilitação, e trimestralmente, na unidade de longa duração e manutenção e mensalmente na unidade de ambulatório e nas equipas domiciliárias, salvaguardando-se sempre nas diferentes tipologias as eventuais avaliações intercalares que sejam necessárias.

2 — Nas situações em que os utentes internados em unidades da RNCCI careçam de cuidados em hospital integrado no SNS, por período superior a 24 horas, pode ocorrer reserva de lugar por um período de oito dias, contando os dias de reserva para a determinação da taxa de ocupação da unidade.

3 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, em situações excecionais devidamente comprovadas e justificadas do ponto de vista clínico, o período de oito dias de reserva de lugar pode ser alargado até ao máximo de doze dias, com autorização da respetiva ECL

Artigo 23.º

Procedimentos de prorrogação, mobilidade e alta

1 — Sempre que esgotados os prazos de internamento fixados no artigo 19.º, e se não atingidos os objetivos

terapêuticos, pode haver lugar a pedido de prorrogação do internamento do utente ou pode haver necessidade de mobilidade do mesmo para outra unidade de internamento mais adequada à melhoria ou recuperação da sua situação clínica e social.

2 — Para efeitos de prorrogação do internamento, a unidade elabora proposta fundamentada, até 5 dias antes do período de internamento máximo previsto para a unidade da RNCCI, que submete a autorização da ECR.

3 — A ECL assegura, sob prévia autorização da ECR, sempre que excedido o período de internamento máximo previsto para a unidade da RNCCI e após reavaliação da situação a continuidade do utente na respetiva unidade.

4 — Sempre que considerada a necessidade de mobilidade/transferência do utente, deve a unidade ou equipa elaborar proposta fundamentada à ECL da área de influência da unidade para respetiva validação.

5 — A mobilidade/transferência do utente deve ter em consideração o critério de proximidade ao domicílio deste, sendo prioritária em relação aos utentes em lista de espera para admissão na RNCCI.

6 — Para efeitos do disposto no número anterior, e caso não haja coincidência entre o domicílio do utente e a área geográfica da unidade ou equipa, compete à ECL da área da unidade articular-se com a competente ECR com vista à observância do critério de proximidade.

7 — Os utentes internados em unidade, quando agudizam e carecem de cuidados em hospital integrado no SNS por período temporal superior ao determinado nos n.ºs 3 e 4 do artigo anterior, beneficiam de prioridade na readmissão na RNCCI.

8 — A preparação da alta deve ser iniciada com uma antecedência que permita encontrar a solução mais adequada à necessidade de continuidade de cuidados, pressupondo a necessária articulação entre a unidade, a competente ECR e ou a ECL da área do domicílio do utente a quem cabem a responsabilidade de todas as diligências.

CAPÍTULO VII

Adesão à RNCCI

Artigo 24.º

Pedido de adesão

1 — O pedido de adesão, por parte das entidades promotoras e gestoras previstas no n.º 1 do artigo 36.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, que ainda não integrem a RNCCI, ou formaliza-se mediante preenchimento do formulário constante do anexo V à presente portaria que dela faz parte integrante, disponível no sítio da Internet da ARS, e do ISS, I. P., no período definido e divulgado publicamente pela ARS e ISS, I. P.

2 — O formulário a que se refere o número anterior deve ser devidamente preenchido e assinado por quem tenha competência para o ato nos termos legais e entregue na ARS competente.

Artigo 25.º

Processo de adesão à RNCCI

1 — Instruído o pedido de adesão, a ECR competente aprecia e emite parecer, no prazo máximo de dez dias

úteis contados da receção do pedido, tendo em conta o seguinte:

- a) Cobertura territorial de acordo com os rácios definidos, pelos organismos competentes, para cada uma das tipologias da RNCCI;
- b) Adequabilidade da intervenção proposta face ao disposto no presente diploma;
- c) Existência de cobertura orçamental.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, a ECR deve obrigatoriamente promover a participação dos competentes serviços da ARS e do ISS, I. P., nas decisões a tomar.

3 — Na sequência da emissão de parecer favorável, deve a entidade promotora e gestora na RNCCI proceder à entrega dos seguintes documentos:

- a) Planta de localização;
- b) Planta de implantação do/s edifício/s;
- c) Planta de todos os pisos onde se localiza a unidade, incluindo os espaços partilhados, com indicação dos equipamentos;
- d) Estudo prévio de arquitetura e das especialidades de engenharia com escala tecnicamente adequada, nos termos da legislação em vigor.

Artigo 26.º

Parecer prévio à decisão

1 — Após a construção de raiz ou de ampliação ou remodelação para tipologias da RNCCI, são confirmadas as condições de instalação em visita técnica final, sendo a entidade promotora notificada para apresentar à ECR, no prazo de trinta dias úteis, a contar da respetiva notificação, os seguintes documentos:

- a) Comprovativo da segurança contra incêndios em edifícios emitido pela Autoridade Nacional de Proteção Civil, que tenha em consideração eventuais obras de remodelação e ou reconversão do edificado para nova utilização-tipo ou nova categoria de risco;
- b) Telas finais dos projetos de arquitetura e especialidades de engenharia;
- c) Licença(s) de estabelecimento para instalações elétricas do tipo A e ou B, nos termos da legislação em vigor;
- d) Certificado de exploração para instalações elétricas do tipo C, se aplicável nos termos da legislação em vigor;
- e) Declaração do técnico responsável pela exploração das instalações elétricas e último relatório de inspeção desse técnico, para instalações elétricas que carecem de técnico responsável pela exploração, nos termos da legislação em vigor;
- f) Relatório de vistoria anual, para instalações que dispõem a existência de um técnico responsável pela exploração, nos termos da legislação em vigor;
- g) Certificação dos ascensores, se aplicável nos termos da legislação em vigor;
- h) Cópia do contrato de manutenção dos aparelhos elevadores, se aplicável nos termos da legislação em vigor;
- i) Autorização de utilização emitida pela Câmara Municipal competente, com identificação do uso a que se destina;
- j) Comprovativo do controlo sanitário da água, caso existam depósitos de reserva de água para consumo humano;
- k) Certificação energética das instalações de climatização;
- l) Termo de responsabilidade, passado por entidade credenciada, atestando a conformidade da instalação da Rede de Gases Medicinais e do Sistema de Aspiração/Vá-

cuo com as normas e legislação portuguesas e as normas e diretivas europeias aplicáveis bem como da certificação dos materiais utilizados na instalação da rede de gases medicinais e de aspiração/vácuo, nos termos do modelo constante do anexo VI à presente portaria que dela faz parte integrante, disponível no sítio da Internet da ARS, acompanhado de documento comprovativo da certificação da entidade instaladora.

2 — A ECR emite parecer final sobre a viabilidade da adesão à RNCCI, no prazo de trinta dias úteis, a contar da data da receção dos respetivos documentos.

3 — Do parecer a que se refere o número anterior deve constar:

- a) Elementos relativos à unidade e equipa prestadora;
- b) Elementos relativos à entidade promotora e gestora;
- c) Identificação da tipologia e rácios previstos na área geográfica;
- d) Data de entrada do formulário;
- e) Procedimentos efetuados, incluindo a menção da interrupção dos prazos, no caso de pedido de elementos/perfeições;
- f) Avaliação das condições de funcionamento;
- g) Avaliação das instalações da unidade nas vertentes de arquitetura, instalações e equipamentos elétricos, instalações e equipamentos de águas e esgotos e instalações e equipamentos mecânicos;
- h) Direção Técnica e Mapa de Pessoal;
- i) Conclusão devidamente fundamentada.

4 — A ECR deve obrigatoriamente promover a participação nas decisões a tomar dos competentes serviços da ARS e do ISS, I. P., sempre que estejam em causa pareceres ou decisões acerca de unidades de média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e de ambulatório.

Artigo 27.º

Decisão

1 — A decisão sobre a adesão à RNCCI compete ao Conselho Diretivo da ARS territorialmente competente, salvo o disposto no número seguinte.

2 — Quando se trate de unidades de internamento de média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e de ambulatório, a decisão sobre a adesão à RNCCI compete, ainda ao Conselho Diretivo do ISS, I. P.

3 — O prazo para decisão sobre adesão à RNCCI é de 15 dias úteis, contados da data da emissão do parecer final referido no n.º 2 do artigo anterior.

Artigo 28.º

Celebração de contrato

1 — A adesão formaliza-se com a celebração de contrato, em modelo próprio a aprovar pelos Ministérios da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, celebrado entre a entidade promotora e gestora, a ARS, salvo o disposto no número seguinte.

2 — Quando se trate de unidades de internamento de média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e de ambulatório, o contrato referido no número anterior é também celebrado com o CDist do ISS, I. P.

3 — Não é admitida a subcontratação, salvo em casos excecionais devidamente fundamentados e sujeitos à prévia aprovação da ARS e do CDist do ISS, I. P.

CAPÍTULO VIII

Avaliação e sistemas de informação

Artigo 29.º

Monitorização, avaliação e auditorias

1 — O funcionamento e a qualidade dos cuidados e serviços prestados, os processos realizados, os resultados obtidos, e a articulação das unidades com outros recursos de saúde e ou sociais, estão sujeitos a uma avaliação periódica, sem prejuízo dos processos internos de melhoria contínua no âmbito da respetiva gestão da qualidade.

2 — As unidades podem ser sujeitas a auditorias técnicas e financeiras pelos competentes serviços dos Ministérios da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, no âmbito das suas atribuições, que para o efeito poderão recorrer a serviços externos.

3 — Para efeitos do disposto, no número anterior as unidades devem facultar o acesso às instalações e à documentação tida por pertinente pelas equipas auditoras.

4 — As auditorias referidas no n.º 2 devem ser efetuadas de forma conjunta e articulada entre os serviços competentes dos Ministérios da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social.

5 — As auditorias referentes a matérias de infraestruturas deverão ser levadas a cabo exclusivamente pela Entidade Reguladora da Saúde.

6 — Para efeitos do disposto, nos números anterior as unidades devem facultar o acesso às instalações e à documentação tida por pertinente pelas equipas auditoras.

7 — No âmbito da avaliação periódica referida no n.º 1, podem, ainda, as unidades ser objeto de estudos que visem a avaliação da satisfação dos utentes, a realizar em articulação com as entidades promotoras e gestoras.

Artigo 30.º

Suportes de informação

1 — As unidades procedem ao registo dos dados necessários à referência e monitorização evolutiva e de resultados mediante o preenchimento dos formulários e módulos disponíveis, na plataforma informática da RNCCI.

2 — É garantido às unidades e equipas o acesso a um conjunto de indicadores organizacionais e de gestão clínica, anualmente definidos pela ACSS, I. P., e pelo ISS, I. P.

3 — É garantido igualmente a ligação das plataformas de informação clínica das entidades promotoras e gestoras a custos das mesmas com a plataforma informática da RNCCI para a recolha da informação que se entenda necessária e suficiente à gestão da RNCCI, no estrito cumprimento da Lei de proteção de dados pessoais.

4 — A gestão de acessos à plataforma informática da RNCCI é da responsabilidade da ACSS.

CAPÍTULO IX

Coordenação da RNCCI

Artigo 31.º

Coordenação Nacional

A RNCCI é coordenada pela ACSS, I. P., à qual compete promover a articulação com os organismos competentes dos Ministérios da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social.

Artigo 32.º

Coordenação Regional

1 — A coordenação a nível regional é assegurada por cinco ECR, constituídas de modo multidisciplinar, integrando representantes das ARS e dos CDists do ISS, I. P., designados por três anos, renováveis, respetivamente, pelo Conselho Diretivo das ARS e pelo Conselho Diretivo do ISS, I. P.

2 — Cada ECR deve integrar, no mínimo, da área da saúde, um médico, um enfermeiro e um assistente técnico e, da área social, um técnico superior podendo ainda integrar outros profissionais sempre que o volume e a complexidade da atividade o justifiquem.

3 — A ECR é dimensionada em função das necessidades e dos recursos existentes e constituída por profissionais com conhecimentos e experiência nas áreas de planeamento, gestão e avaliação, que exercem as suas funções em regime de tempo completo.

4 — Quando em função da dimensão da área de intervenção não for possível ou adequado que todos os profissionais exerçam funções em regime de tempo completo, devem ser fixados horários ajustados que garantam o normal funcionamento da (s) equipa (s), os quais deverão expressamente constar em regulamento interno.

5 — A coordenação da ECR é assegurada por um profissional nomeado pela ARS territorialmente competente.

6 — Os profissionais que integram as ECR não podem ser, simultaneamente, prestadores de cuidados no âmbito da Rede.

7 — As ECR atuam numa base regional, tendo por referência a área de influência da ARS.

8 — As competências das ECR estão definidas no artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

Artigo 33.º

Funcionamento das ECR

1 — O modo de funcionamento das ECR consta de regulamento interno, que é elaborado no primeiro mês de funcionamento, e aprovado pelo Conselho Diretivo da ARS e pelo Conselho Diretivo do ISS, I. P., com conhecimento da coordenação nacional.

2 — Do regulamento interno das ECR deve constar, designadamente:

- a) Local e horário de funcionamento;
- b) Periodicidade das reuniões;
- c) Prazos para apresentação de planos e relatórios de atividades;
- d) Composição da ECR e regime de afetação dos profissionais que a constituem;
- e) Processo de substituição do coordenador nas suas ausências ou impedimentos;
- f) Processos de articulação com as equipas coordenadoras aos níveis nacional e local;
- g) Instrumentos de monitorização e controlo da atividade e da qualidade dos processos e de controlo dos resultados das unidades e equipas da Rede, de acordo com as orientações da coordenação nacional.

3 — As ECR estão sedeadas nas instalações das ARS que asseguram os meios necessários ao desempenho das suas competências e atribuições.

Artigo 34.º

Coordenação Local

1 — A coordenação a nível local, é assegurada pelas ECL, constituídas de modo multidisciplinar, integrando, no mínimo, da área da saúde, um/a médico/a e um/a enfermeiro/a, e, da área social, um técnico superior e, sempre que necessário, um/a técnico/a das autarquias locais, designado pelo(s) presidente(s) de Câmara Municipal, podendo ainda integrar outros profissionais sempre que o volume e a complexidade da atividade o justifiquem.

2 — Os elementos que constituem as ECL são designados, consoante as áreas de intervenção, pelo Conselho Diretivo da ARS, sob proposta do Diretor Executivo do ACES ou do Conselho de Administração da ULS, e pelo Conselho Diretivo do ISS, I. P., sob proposta dos Diretores dos CDists do ISS, I. P., por um período de três anos, renovável.

3 — A coordenação da ECL é assegurada por um profissional de saúde nomeado pelo Conselho Diretivo da ARS territorialmente competente sob proposta do Diretor Executivo do ACES, ouvido o Coordenador da UCC, ou do Conselho de Administração da ULS.

4 — Os elementos da ECL exercem as suas funções em regime de tempo completo.

5 — Quando em função da dimensão da área de intervenção não for possível ou adequado que todos os profissionais exerçam funções em regime de tempo completo, devem ser fixados horários ajustados que garantam o normal funcionamento da (s) equipa (s), os quais deverão expressamente constar em regulamento interno.

6 — Os elementos da ECL não podem ser, simultaneamente, prestadores de cuidados no âmbito da RNCCI, com ressalva dos casos em que a entidade promotora e gestora tenha natureza pública.

7 — É criada, no mínimo, uma ECL, para efeito de coordenação operativa da RNCCI, em cada ACES, e em cada Unidade Local de Saúde, que não tenha ACES constituído, coincidindo com as respetivas áreas de influência.

8 — As competências das ECL estão definidas no artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

Artigo 35.º

Funcionamento das ECL

1 — O modo de funcionamento das ECL consta de regulamento interno, que é aprovado pelo Diretor Executivo do ACES/ULS, submetido à apreciação da ECR que emite parecer vinculativo, que contém, designadamente, os seguintes elementos:

- a) Local e horário de funcionamento;
- b) Periodicidade das reuniões, no mínimo semanal;
- c) Prazos para a apresentação, à ECR, de planos de ação anuais, e relatórios de execução;
- d) Composição da ECL e regime de afetação dos profissionais que a constituem;
- e) Processo de substituição do coordenador nas suas ausências ou impedimentos;
- f) Processos de articulação com a ECR;
- g) Instrumentos de monitorização e controlo da atividade e da qualidade dos processos e de controlo dos resultados das unidades e equipas, de acordo com as orientações da coordenação regional e nacional.

2 — As ECL estão sedeadas nas instalações dos ACES que asseguram os meios necessários para o desempenho das suas competências e atribuições.

CAPÍTULO X

Disposições transitórias e finais

Artigo 36.º

Autorização de funcionamento

1 — Até à entrada em vigor do regime jurídico do licenciamento para as unidades da RNCCI, a competência para a emissão da autorização de funcionamento cabe à Entidade Reguladora da Saúde de acordo com o modelo constante do anexo III à presente portaria.

2 — Da autorização referida no número anterior consta a lotação máxima de cada uma das unidades.

3 — Aos lugares que podem ser geridos pelas entidades promotoras e gestoras de forma autónoma não é aplicável o disposto nos Capítulos V e VI do presente diploma.

Artigo 37.º

Adequação

1 — As unidades que, à data da entrada em vigor do presente diploma, integram a RNCCI, devem adequar-se às condições nelas previstas, desde que os espaços físicos existentes permitam as adaptações necessárias.

2 — Não é aplicável o disposto no número anterior às unidades que foram beneficiárias de apoio financeiro ao abrigo do Programa Modelar I e II, bem como as unidades que integraram as Experiências Piloto de 2006.

3 — Após as vistorias, as entidades competentes devem elaborar relatório final sobre a adequação das instalações aos requisitos técnicos constantes dos programas funcionais anexos à presente portaria e que dela fazem parte integrante, bem como identificar as alterações necessárias a realizar, se tal for possível e financeiramente razoável.

Artigo 38.º

Norma revogatória

São revogados:

- a) Os números 2, 3 e 14 e o Anexo I da Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro;
- b) O despacho n.º 19040/2006, dos Secretários de Estado da Segurança Social e Adjunta e da Saúde, de 19 de setembro;
- c) O despacho n.º 6359/2011, das Ministras do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, de 13 de abril;
- d) Os números 2, 3 e 4 do despacho n.º 7968/2011, da Ministra da Saúde, de 2 de junho.

Artigo 39.º

Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no primeiro dia útil do mês subsequente ao da sua publicação.

O Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, *Hélder Manuel Gomes dos Reis*, em 4 de setembro de 2014. — O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*, em 28 de agosto de 2014. — O Secretário de Estado da Solidariedade e da Segurança Social, *Agostinho Correia Branquinho*, em 1 de setembro de 2014.

ANEXO I

RNCCI — Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**Unidades de internamento de convalescença, de média duração e reabilitação, e de longa duração e manutenção****1 — Arquitetura:**

Os requisitos técnicos seguintes são complementares aos dos regulamentos técnicos legais, de arquitetura, com os quais as instalações das unidades também terão de estar conformes, de acordo com a legislação aplicável.

**1.1 — Programa funcional tipo:
(especificações mínimas)****Nota prévia**

As instalações referidas de seguida são consideradas por módulos 30 camas e por piso de internamento.

Nas situações em que coexista mais do que uma tipologia de resposta da RNCCI permite-se, quando possível, no mesmo edifício a utilização comum dos espaços de apoio pelas diferentes tipologias sempre que dessa utilização não advier prejuízo para a qualidade dos cuidados prestados ao utente, nomeadamente, receção, atendimento, I. S. de visitantes, gabinete de direção, secretariado, gabinete de atendimento, copa, refeitório, sala de convívio, banho assistido, gabinete médico/de enfermagem, área de medicina física e de reabilitação, área de pessoal, área de logística e depósito de cadáveres.

Os espaços de utilização comum com outras tipologias devem ser objeto de acréscimo proporcional de área, sempre que tal se justifique, permitindo desse modo o adequado exercício das atividades da Unidade, sem constrangimentos de área útil.

Nestas unidades de internamento os quartos podem ser individuais, duplos ou triplos, sendo que, pelo menos 15 % (arredondamento por defeito) correspondem a quartos individuais e 20 % correspondem a quartos triplos.

Designação	Função do compartimento	Área útil (mínima) (metros quadrados)	Largura (mínima) (metros)	Obs.
Área de receção				
Átrio		—	—	Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais.
Posto de atendimento		—	—	Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais.
IS de visitantes		5 a)	—	Receção de visitas e encaminhamento. Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais. a) Mínimo uma, adaptada a pessoas com mobilidade condicionada.
Área de direção e administrativa				
Gabinete da Direção	Gestão da unidade	—	—	Opcional. Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais.
Sala de secretariado	Zona de atividade administrativa e de arquivo clínico.	—	—	Opcional. Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais.
Área de atendimento social				
Gabinete de atendimento	Atendimento a familiares	12	—	Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais.
Área de refeições, de convívio e de atividades				
Copa	Apoio à área de internamento Receção e conferência de dietas. Preparação de refeições ligeiras.	8	—	Com tina de bancada.
Refeitório	Sala de refeições	2 m ² por utente (para utilização, em simultâneo, no mínimo de 50 % dos utentes).	—	Pode ser comum a outras unidades. Pode ser sala única, adequadamente dividida, ou várias salas perfazendo no total a área estabelecida. Com lavatório.
Sala de convívio/atividades	Sala para convívio de doentes e familiares.	2 m ² por utente (para utilização, em simultâneo, no mínimo de 80 % dos utentes).	—	Pode ser comum a outras unidades. Pode ser sala única, adequadamente dividida, ou várias salas perfazendo no total a área estabelecida.
IS associadas		5 a)	2,2 —	a) Devem ser previstas duas IS separadas por sexos, adaptadas a pessoas com mobilidade condicionada.
Cabelcirciolo/Podólogo		—	—	Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais. Pode ser um serviço contratado. Com pontos de água e esgoto.

Designação	Função do compartimento	Área útil (mínima) (metros quadrados)	Largura (mínima) (metros)	Obs.
Área de quartos e higiene pessoal				
Quarto	Com 1 cama	12	3,5	O corredor interior de acesso à I.S. do quarto não conta para a área útil do mesmo. Pelo menos 15 % dos quartos da unidade são individuais.
	Com 2 camas (no máximo)	18	3,5	
	Com 3 camas (no máximo)	24	3,5	
IS de cada quarto		5	2,2	Acesso privativo do quarto, adaptada a pessoas com mobilidade condicionada e com zona de duche com ralo no pavimento.
Banho assistido	Banho assistido de doentes	10	2,8	Com uma área livre correspondente à de um círculo de 1,5 m de diâmetro. Deve ter, preferencialmente, localização central na unidade de internamento. Podem ser comuns a outras tipologias de unidades/respostas sociais. Com sanita e lavatório.
Área médica e de enfermagem				
Posto de enfermagem	Com zonas de armazenamento, de preparação de medicação e de registos.	12	—	Deve ter localização central na área de internamento. A zona de registos deve permitir a visualização da circulação na unidade. Equipada com tina e torneira de comando não manual.
Sala de observação/tratamentos	Trabalho clínico, pensos e outros tratamentos.	16	3,5	Equipada com lavatório e torneira de comando não manual.
Gabinete médico/de enfermagem		12	—	Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Deve ter lavatório e torneira de comando não manual.
Área de medicina física e reabilitação				
Ginásio/fisioterapia	Desenvolvimento de atividades de reabilitação e ocupacionais.	50	—	Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais.
Terapia ocupacional				Pode ser sala única, adequadamente dividida, ou serem várias salas.
Eletroterapia	Com zona individualizada para tratamentos de parafina e parafango.	20	—	Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais.
Tratamentos com parafina e parafango				Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais.
Terapia da fala	Tratamentos para reabilitação da fala	12	—	Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais.
IS associadas		5 a)	2,2	a) Duas IS separadas por sexos e uma outra adaptada a pessoas com mobilidade condicionada.
Área de pessoal				
Sala de trabalho multidisciplinar	Trabalho de profissionais da unidade, reuniões e pausa.	14	—	Deve ter localização próxima do posto de enfermagem. Podem ser comuns a outras tipologias de unidades/respostas sociais.
Vestiários de pessoal	Com zona de cacifos, IS associadas e chuveiros.	—	—	Podem ser comuns a outras tipologias de unidades/respostas sociais. Separados por sexos.
Área de logística (Pode ser comum a outras unidades/valências)				
Zona de material clínico	Arrumação de material clínico.	—	—	Possibilidade de arrumação em armário/estante/carro.
Zona de material de consumos	Arrumação de material de consumo	—	—	Possibilidade de arrumação em armário/estante/carro.
Zona de roupa limpa	Arrumação de roupa limpa.	—	—	Possibilidade de arrumação em armário/estante/carro.
Sala de equipamento de limpeza	Arrumação de material e carro de limpeza.	4	—	Equipada com lavatório e pia de despejo com torneira, ponto de água com sistema de chuveiro para higienização de equipamento.
Sala de desinfecção	Para lavagem e desinfecção de material clínico.	4	—	Opcional. Equipada com tina de lavagem e torneira de comando não manual.
Sala de lavagem e desinfecção de arrastadeiras.		—	—	Equipada com lavatório e pia de despejos. Dispensável quando na unidade existirem apenas arrastadeiras descartáveis.

Designação	Função do compartimento	Área útil (mínima) (metros quadrados)	Largura (mínima) (metros)	Obs.
Área de logística (Pode ser comum a outras unidades/valências)				
Sala de sujos	Para arrumação temporária de sacos de roupa suja, sacos de resíduos e para despejos.	4	—	Possibilidade de existência de sala única que reúna as funções de Sala de equipamento de limpeza e Sala de sujos e despejos. Equipada com lavatório e pia de despejos com torneira, com sistema de chuveiro para higienização de equipamento.
Casa mortuária				
Depósito de cadáveres	Para depósito temporário de cadáveres.	10	—	Deve existir, no mínimo, uma por unidade (no sentido de edifício). Com lavatório e torneira de comando não manual.

Áreas complementares (os serviços podem ser contratados)

Os requisitos técnicos das áreas complementares de esterilização, cozinha e lavandaria são os que se encontram previstos nos normativos legais e regulamentares em vigor aplicáveis a estas áreas funcionais.

As respetivas áreas podem ser comuns a outras unidades/valências.

1.2 — Outros requisitos de arquitetura:

Todos os corredores destinados à circulação de macas devem ter o mínimo de 2,00 m úteis de largura. Em casos excecionais de edifícios cuja estrutura não permita adaptação a este requisito, admite-se que os corredores destinados à circulação de macas possam ter o mínimo de 1,40 m úteis de largura, devendo ser previstas bolsas de alargamento com 2,00 m de largura útil à entrada dos quartos para cruzamento de duas macas.

Não são permitidas rampas nem degraus nas circulações horizontais do interior do edifício.

Nos quartos com mais de uma cama, a distância entre camas deve ser, no mínimo, de 0,90 m. A distância entre uma das camas e a parede lateral deve ser, no mínimo, de 0,60 m. Deve também ser considerada uma área livre na qual se inscreva um círculo de 1,50 m de diâmetro, entre a outra cama e a parede lateral.

Os quartos individuais de 18 m² já existentes em unidades de internamento e construídos em cumprimento dos programas funcionais aprovados ao abrigo do programa modelar I e II, podem ser readaptados a quartos duplos desde que se respeite a percentagem de 15 %, no mínimo, para quartos individuais.

Os quartos têm de ter iluminação e ventilação naturais e equipamento que permita o seu completo obscurecimento.

Sempre que a unidade de cuidados continuados tiver um desenvolvimento superior a um piso deve haver uma escada principal com uma largura não inferior a 1,40 m e pelo menos outra de serviço, com exceção para pisos com acesso de nível ao exterior.

As portas dos quartos, salas de observação/tratamento e banhos assistidos devem ter o mínimo de 1,10 m de largura útil.

Todas as instalações sanitárias de doentes devem ser acessíveis por pessoas com mobilidade condicionada. Os acessos às instalações sanitárias não devem devassar os locais de circulação dos utentes e do pessoal.

As instalações sanitárias devem ser privativas por cada quarto. Exceção-se a zona de duche que pode ser partilhada por cada 2 quartos, salvaguardada a devida privacidade.

Nas instalações sanitárias, as portas devem abrir para fora sem criar conflitos de circulação ou ser de correr pelo exterior da parede, por questões de higienização. Todas as fechaduras devem ser comandadas pelo exterior por intermédio de chave mestra. Os puxadores das portas devem ser de manípulo e as fechaduras devem permitir a abertura pelo interior e pelo exterior.

Deve ser sempre garantido um percurso interior desde a unidade de internamento até às instalações da área de medicina física e de reabilitação.

Devem ser previstos dispensadores de desinfetante nos quartos, para a desinfecção das mãos dos profissionais (sendo dispensável a existência de lavatórios; a lavagem de mãos poderá ser feita na IS).

Em todos os gabinetes onde haja prestação de cuidados a doentes deve ser instalado lavatório com torneira de comando não manual.

Caso a unidade se situe a um nível diferente do piso de entrada, deve existir monta-camas com as dimensões mínimas de 2,40 × 1,40 × 2,30 m (comprimento × largura × altura), com porta automática de 1,30 m de abertura útil e altura livre de passagem de 2,10 m.

Em caso de impossibilidade de instalação do previsto no ponto anterior, admite-se a instalação de monta-macas, com as dimensões mínimas de 2,10 × 1,30 × 2,20 m (comprimento × largura × altura), com porta automática de 1,20 m de abertura útil e altura livre de passagem de 2,0 m.

2 — Especialidades de engenharia:

Os requisitos técnicos seguintes são complementares aos dos regulamentos técnicos legais, de engenharia, e aos das normas técnicas comunitárias aplicáveis a cada uma das respetivas especialidades, com os quais as instalações das unidades também terão de estar conformes.

2.1 — Instalações e equipamentos elétricos:

Devem seguir-se as disposições regulamentares prescritas pela Portaria n.º 949-A/2006, de 11 de setembro, RTIEBT (Regras Técnicas de Instalações Elétricas de Baixa Tensão), nomeadamente em termos de segurança de pessoas e bens. Concretamente, devem ser implementadas as seguintes funcionalidades, sistemas, ou equipamentos:

2.1.1 — Instalação de um grupo eletrogéneo para efeitos de assegurar a alimentação de socorro ou de substituição, cujo objetivo é o de providenciar alimentação elétrica destinada a manter em funcionamento a instalação ou partes

desta, em caso de falta da alimentação normal. Os equipamentos essenciais à segurança das pessoas devem ser alimentados por uma fonte de segurança ou de emergência, que não deve ser usada para outros fins, caso seja única. Desta forma, poderão coexistir, na mesma instalação, dois grupos eletrogêneos: um destinado à alimentação de socorro e outro, caso seja essa a opção do projetista, destinado aos circuitos de segurança ou de emergência; ⁽¹⁾

2.1.2 — As camas devem dispor de um sistema acústico-luminoso que assegure a chamada de enfermeira ou outro pessoal de serviço pelos doentes. Este sistema deve satisfazer às seguintes condições:

a) Incorporar um dispositivo de chamada e um sinalizador luminoso de confirmação de chamada localizado junto à cabeceira da cama ou em local visível pelo doente. O cancelamento da chamada só poderá ser efetuado no próprio compartimento onde se realizou a chamada. A chamada é assinalada por sinalização luminosa junto à porta de entrada da enfermaria ou quarto e no posto de enfermeira com sinal acústico e luminoso;

b) Possibilitar a transferência de chamadas para o local onde se encontre a enfermeira e a realização de chamadas de emergência;

c) Os demais compartimentos a que o doente tenha acesso, designadamente casas de banho, sanitários, refeitório e salas de estar, devem ser abrangidos pelo sistema de chamada de enfermeira;

d) O sistema deve ser considerado uma instalação de segurança.

2.1.3 — Todos os compartimentos devem dispor do número de tomadas de energia necessárias à ligação individual de todos os equipamentos cuja utilização simultânea esteja prevista (um equipamento por tomada) mais uma tomada adicional para equipamento de limpeza;

2.1.4 — Todos os compartimentos onde potencialmente possa ser utilizado equipamento telefónico ou informático, devem dispor de uma tomada dupla por cada 10/12 m² de superfície, com um mínimo de uma tomada dupla por cada posto de trabalho ou equipamento dedicado;

2.1.5 — Todos os ascensores, quando existentes, devem dispor das condições para se movimentarem até ao piso de entrada em caso de falha de energia elétrica. Pelo menos um ascensor com capacidade para transporte de camas deve manter-se em funcionamento com alimentação de socorro;

2.1.6 — Recomenda-se a alimentação de todos os circuitos de iluminação pelo setor de socorro, na sua totalidade ou parcialmente, segundo critérios devidamente fundamentados no projeto da especialidade de Eletrotécnica. Recomenda-se, também, a adoção, na iluminação interior, das orientações constantes da Norma ISO 8995 CIE S 008/E de 15/05/2003, contendo as especificações da «Commission Internationale de L'Éclairage» sobre os níveis de iluminação e respetiva uniformidade em estabelecimentos de saúde, bem como sobre a capacidade de restituição de cores das fontes luminosas a utilizar e sobre a prevenção do desconforto visual;

2.1.7 — Além das instalações de iluminação de segurança e de vigília prescritas nas regras supramencionadas, nos locais onde o paciente permaneça acamado deve prever-se iluminação geral e iluminação de leitura ou de observação, à cabeceira da cama.

2.2 — Instalações e equipamentos mecânicos:

2.2.1 — Climatização

As instalações de climatização devem estar de acordo com a regulamentação em vigor.

Observações:

Nas salas de apoio com eventual produção de ambientes poluídos, devem ser aplicados sistemas de extração forçada de ar.

É obrigatório prever sistemas de extração generalizados. O sistema de “sujos” deve ser independente do de “limpos”.

2.2.2 — Instalações de gases medicinais:

É obrigatória, em todas as unidades a existência de oxigénio, aspiração/vácuo, nomeadamente nos quartos, bem como nas salas de tratamento e, de preferência, também nas salas de convívio e nas salas de refeições.

Requisitos:

A central de vácuo deve ser fisicamente separada das restantes, com a extração do sistema situada a uma cota de, pelo menos, 3 m acima das admissões de ar próximas

Se o ar comprimido respirável for produzido por compressores, a central deve de ser fisicamente separada das restantes

Todas as centrais devem ter uma fonte primária, uma fonte secundária e uma fonte de reserva, de comutação automática

As tomadas devem ser de duplo fecho, não intermutáveis de fluido para fluido

A utilização do tubo de poliamida apenas pode ser permitido nas calhas técnicas, suportes de teto e colunas de teto, quando integrado pelo fabricante e desde que acompanhado dos respetivos certificados CE medicinal

2.2.3 — Instalações frigoríficas

Deve existir frigorífico de modelo laboratorial próprio para a conservação de medicamentos, certificado para o efeito, equipado com registador de temperatura e alarme.

⁽¹⁾ Em substituição do segundo grupo eletrogêneo com motor de combustão interna, poder-se-á recorrer a outro tipo de alimentação alternativa, tal como uma UPS — Unidade de Alimentação Ininterrupta, não havendo critério de obrigatoriedade neste aspeto, deixando-se margem para que, desde que tecnicamente bem fundamentada, seja utilizada uma ou outra solução.

ANEXO II

RNCCI — Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Unidades de dia e de promoção da autonomia

1 — Arquitetura

Os requisitos técnicos seguintes são complementares aos dos regulamentos técnicos legais, de arquitetura, com os quais as instalações das unidades também terão de estar conformes, de acordo com a legislação aplicável.

1.1 — Programa funcional tipo: (especificações mínimas)

Nota prévia

As instalações referidas de seguida são consideradas para um valor médio de 30 doentes, em cada dia, simultaneamente.

Nas situações em que coexista mais do que uma tipologia de resposta da RNCCI permite-se, quando possível, a utilização comum dos espaços pelas diferentes tipologias, ou estrutura residencial para pessoas idosas sempre que dessa utilização não advier prejuízo para a qualidade dos cuidados prestados ao utente, nomeadamente, receção, atendimento, I. S. de visitantes, gabinete de direção, secretariado, gabinete de atendimento, copa, refeitório, sala de convívio, banho assistido, gabinete médico/de enfermagem, área de medicina física e de reabilitação, área de pessoal, área de logística.

Presume-se que os 30 doentes estão distribuídos pelas zonas de medicina física e reabilitação, pela zona de atividades terapêuticas, pela zona médica/enfermagem e ou pelo local de exercício/movimento. Os doentes poderão,

complementarmente, ser objeto de apoio social, psicológico ou outros.

As unidades de dia e de promoção da autonomia devem estar, preferencialmente, acopladas a unidades de internamento de cuidados continuados integrados.

Devem ser previstos espaços não terapêuticos, para pausas, ou seja, para recreação, convívio e repouso, ao longo do dia.

As zonas referidas, podem coexistir com espaços preexistentes, na sua proximidade, de unidades de internamento.

Os compartimentos comuns a espaços preexistentes devem ser objeto de acréscimo proporcional de área, sempre que tal se justifique, permitindo desse modo o adequado exercício das atividades da UDPA, sem constrangimentos de área útil.

Designação	Função do compartimento	Área útil (mínima) (metros quadrados)	Largura (mínima) (metros)	Obs.
Área de receção				
Átrio		—	—	Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
Posto de atendimento		—	—	Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
IS de acompanhantes		5 a)	—	Receção e encaminhamento. Pode ser comum a outras tipologias de unidades. a) Mínimo uma, adaptada a pessoas com mobilidade condicionada.
Área de direção e administrativa				
Gabinete da Direção	Gestão da unidade	—	—	Opcional. Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
Sala de secretariado	Zona de atividade administrativa e de arquivo clínico.	—	—	Opcional. Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
Área de atendimento social				
Gabinete de atendimento	Atendimento a familiares.	12	—	Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
Área de refeições, de convívio e de atividades				
Sala de estar/recreação	Sala de estar de doentes e familiares	2 m ² por utente (para utilização, em simultâneo, no mínimo de 80 % dos utentes).	—	Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Pode ser sala única, adequadamente dividida, ou várias salas perfazendo no total a área estabelecida.
Sala(s) de refeições	Sala de refeições de doentes	2 m ² por utente (para utilização, em simultâneo de 50 % dos utentes).	—	Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Pode ser sala única, adequadamente dividida, ou várias salas perfazendo no total a área estabelecida.
IS dos doentes		5 a)	—	Com lavatório. Pode ser comum a outras tipologias de unidades. a) Devem ser previstas duas IS separadas por sexos, adaptadas a pessoas com mobilidade condicionada.
Área de vestiários, estética e higiene pessoal de utentes				
Vestiários de utentes.	Para mudança de roupa. Com cacifos e bancos.	—	—	Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Desenhado de forma a permitir a existência de uma área livre correspondente à de um círculo de 1,5 m de diâmetro.
Sala de cuidados de estética e higiene	Cuidados pessoais de promoção da autoestima.	12	—	Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Deve ser dotado de ponto de água quente e água fria e esgoto.

Designação	Função do compartimento	Área útil (mínima) (metros quadrados)	Largura (mínima) (metros)	Obs.
Área de vestiários, estética e higiene pessoal de utentes				
Sala de banho	Banho acompanhado de utentes.	10	2,8	Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Com sanita e lavatório.
Área médica e de enfermagem				
Gabinete médico		12	—	Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Com lavatório e torneira de comando não manual.
Gabinete de Enfermagem. Sala de observação/tratamentos	Trabalho clínico, pensos e outros tratamentos.	16	—	Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Com lavatório com torneira de comando não manual.
Área de fisioterapia, atividades ocupacionais/atividades da vida diária (AVD) e de movimento em grupo				
Ginásio/Fisioterapia	Desenvolvimento de atividades físicas de reabilitação ou tratamentos individuais.	40	—	Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Pode ser sala única, adequadamente dividida, ou várias salas.
Terapia ocupacional/Treino de AVD	Desenvolvimento de atividades psicomotoras e ou de estimulação e treino de AVD/autonomia.	40	—	Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
Ginásio/Movimento em grupo	Desenvolvimento de atividades de exercício em grupo, mobilidade geral e animação coletiva.	30	—	Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Pode ser sala única, adequadamente dividida, ou várias salas.
Terapia da fala Reabilitação cognitiva	Desenvolvimento de atividades de comunicação e capacidades intelectuais/cognitivas.	12	—	Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
IS associadas		5 a)	—	a) Devem ser previstas duas IS separadas por sexos, adaptadas a pessoas com mobilidade condicionada.
Área de descanso ou relaxamento				
Sala de repouso	Com cadeirões reclináveis.	12	3,5	3 m²/posto. Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
Área de pessoal				
Sala de trabalho multidisciplinar	Trabalho de profissionais da unidade, reuniões e pausa.	14	—	Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
Vestiários de pessoal	Com zona de cacifos IS associadas e chuveiros.	—	—	Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
Área de logística				
Zona de material clínico.	Arrumação de material clínico.	—	—	Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Possibilidade de arrumação em armário.
Zona de material de consumo	Arrumação de material de consumo	—	—	Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Possibilidade de arrumação em armário.
Zona de roupa limpa	Arrumação de roupa limpa.	—	—	Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Possibilidade de arrumação em armário.
Sala de equipamento de limpeza	Arrumação de material e carro de limpeza.	4	—	Equipada com lavatório e pia de despejo com torneira, ponto de água com sistema de chuveiro para higienização de equipamento. Pode ser comum a outras unidades/valências.
Zona de lavagem e desinfecção de material clínico.	Lavagem e desinfecção de dispositivos médicos e terapêuticos.	4	—	Opcional. Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Equipada com tina de lavagem e torneira de comando não manual.
Zona de armazenagem de resíduos	Destinado ao armazenamento de sacos de resíduos.	—	—	Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Equipada com lavatório, pia de despejos com torneira, ponto de água com sistema de chuveiro para higienização de equipamento.

Áreas complementares (os serviços podem ser contratados)

Os requisitos técnicos das áreas complementares de cozinha e lavandaria são os que se encontram previstos nos normativos legais e regulamentares em vigor aplicáveis a estas áreas funcionais.

As respetivas áreas podem ser comuns a outras unidades/valências.

1.2 — Outros requisitos de arquitetura:

Todos os corredores destinados à circulação de macas devem ter o mínimo de 2,00 m úteis de largura. Em casos excecionais de edifícios cuja estrutura não permita adaptação a este requisito, admite-se que possam ter o mínimo de 1,40 m úteis de largura, devendo ser previstas bolsas de alargamento com 2,00 m de largura útil para cruzamento de duas macas.

Não são permitidas rampas nem degraus nas circulações horizontais do interior do edifício.

Sempre que a unidade tiver um desenvolvimento superior a um piso deve haver uma escada principal com uma largura não inferior a 1,20 m e pelo menos outra de serviço, com exceção para pisos com acesso de nível ao exterior.

As portas das salas de estar e de refeições, bem como as portas de todas as salas de tratamentos e terapia, devem ter o mínimo de 1,00 m de largura útil.

Nas instalações sanitárias, as portas devem abrir para fora sem criar conflitos de circulação ou ser de correr. Nestes casos, deverão deslizar pelo exterior da parede, por questões de higienização. Todas as fechaduras devem ser comandadas pelo exterior por intermédio de chave mestra. Os puxadores das portas devem ser de manípulo e as fechaduras devem permitir a abertura pelo interior e pelo exterior.

Deve ser sempre garantido um percurso interior desde a unidade de dia e promoção de autonomia até às instalações da área de medicina física e de reabilitação, se nestas forem realizadas as atividades da unidade de dia.

Em todos os gabinetes onde haja prestação de cuidados a doentes deve ser instalado lavatório com torneira de comando não manual.

Caso a unidade se situe a um nível diferente do piso de entrada, deve existir monta-macas, com as dimensões mínimas de 2,10 × 1,30 × 2,20 m (comprimento × largura × altura), com porta automática de 1,20 m de abertura útil e altura livre de passagem de 2,0 m.

1.3 — Equipamento de transporte:

Deve ser prevista uma carrinha de serviço para o transporte de doentes. Este equipamento pode ser interno ou externo.

2 — Especialidades de engenharia:

Os requisitos técnicos seguintes são complementares aos dos regulamentos técnicos legais, de engenharia, e aos das normas técnicas comunitárias aplicáveis a cada uma das respetivas especialidades, com os quais as instalações das unidades também terão de estar conformes.

Quando a Unidade de dia e de promoção da autonomia existir em conjunto com outra tipologia (unidades de internamento de média duração e reabilitação ou de longa duração e manutenção, devem ser seguidos os requisitos das especialidades de engenharia definidos para as tipologias referidas.

2.1 — Instalações e equipamentos elétricos:

Devem seguir-se as disposições regulamentares prescritas pela Portaria n.º 949-A/2006, de 11 de setembro, RTIEBT (Regras Técnicas de Instalações Elétricas de Baixa Tensão), nomeadamente em termos de segurança de pessoas e bens. Concretamente, devem ser implementadas as seguintes funcionalidades, sistemas, ou equipamentos:

2.1.1 — Instalação de um grupo eletrogéneo para efeitos de assegurar a alimentação de socorro ou de substituição, cujo objetivo é o de providenciar alimentação elétrica destinada a manter em funcionamento a instalação ou partes desta, em caso de falta da alimentação normal. Os equipamentos essenciais à segurança das pessoas devem ser alimentados por uma fonte de segurança ou de emergência, que não deve ser usada para outros fins, caso seja única. Desta forma, poderão coexistir, na mesma instalação, dois grupos eletrogéneos: um destinado à alimentação de socorro e outro, caso seja essa a opção do projetista, destinado aos circuitos de segurança ou de emergência; ⁽²⁾

2.1.2 — Os compartimentos a que o doente tenha acesso, designadamente casas de banho, sanitários, refeitório e salas de estar, devem ser abrangidos pelo sistema de chamada de enfermeira. O sistema deve ser considerado uma instalação de segurança;

2.1.3 — Todos os compartimentos devem dispor do número de tomadas de energia necessárias à ligação individual de todos os equipamentos cuja utilização simultânea esteja prevista (um equipamento por tomada) mais uma tomada adicional para equipamento de limpeza;

2.1.4 — Todos os compartimentos onde potencialmente possa ser utilizado equipamento telefónico ou informático, devem dispor de uma tomada dupla por cada 10/12 m de superfície, com um mínimo de uma tomada dupla por cada posto de trabalho ou equipamento dedicado;

2.1.5 — Todos os ascensores, quando existentes, devem dispor das condições para se movimentarem até ao piso de entrada em caso de falha de energia elétrica. Pelo menos um ascensor com capacidade para transporte de camas deve manter-se em funcionamento com alimentação de socorro;

Recomenda-se a alimentação de todos os circuitos de iluminação pelo setor de socorro, na sua totalidade ou parcialmente, segundo critérios devidamente fundamentados no projeto da especialidade de Eletrotecnia. Recomenda-se, também, a adoção, na iluminação interior, das orientações constantes da Norma ISO 8995 CIE S 008/E de 15/05/2003, contendo as especificações da «Commission Internationale de L'Éclairage» sobre os níveis de iluminação e respetiva uniformidade em estabelecimentos de saúde, bem como sobre a capacidade de restituição de cores das fontes luminosas a utilizar e sobre a prevenção do desconforto visual.

2.2 — Instalações e equipamentos mecânicos:

2.2.1 — Climatização

As instalações de climatização devem estar de acordo com a regulamentação em vigor.

Observações:

Nas salas de apoio com eventual produção de ambientes poluídos, devem ser aplicados sistemas de extração forçada de ar.

É obrigatório prever sistemas de extração generalizados. O sistema de “sujos” deve ser independente do de “limpos”.

2.2.2 — Instalações de gases medicinais:

Apenas é necessária a existência de garrafa de oxigénio portátil e de aparelho de aspiração portátil, numa proporção de 1 conjunto/10 utentes.

2.2.3 — Instalações frigoríficas:

Deve existir frigorífico de modelo laboratorial próprio para a conservação de medicamentos, certificado para o efeito, equipado com registador de temperatura e alarme.

(²) Em substituição do segundo grupo eletrogénico com motor de combustão interna, poder-se-á recorrer a outro tipo de alimentação alternativa, tal como uma UPS — Unidade de Alimentação Ininterrupta, não havendo critério de obrigatoriedade neste aspeto, deixando-se margem para que, desde que tecnicamente bem fundamentada, seja utilizada uma ou outra solução.

ANEXO III

Autorização de funcionamento

A Entidade Reguladora da Saúde declara que a unidade (denominação da unidade), sita em (localidade), código postal (localidade), Distrito de (Concelho de (freguesia), Telefone(s), Fax(s), com entidade promotora e gestora (identificação da entidade), contratada para a prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social, em regime de internamento e ou em regime de ambulatorio para unidade de (identificação a tipologia de resposta) com lotação máxima de (número), cumprem, à presente data, as condições de funcionamento nos termos estabelecidos na legislação aplicável.

Mais declaram que, qualquer alteração às condições de funcionamento objeto da presente autorização fica dependente de nova autorização que incidirá sobre as alterações obrigatoriamente comunicadas pela entidade promotora e gestora à Entidade Reguladora da Saúde.

_____, ____ de ____ de 20__

Entidade Reguladora da Saúde:

ANEXO IV

Recursos Humanos recomendados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (a)

Perfil Profissional	Unidade de Convalescença	Unidade de Média Dependência e Reabilitação	Unidade de Longa Duração e Manutenção	Unidade de Cuidados Paliativos (a)	Frequência
	Médico Semanários (a)				
Médico (Unid. Médica Físicas)	40	30	20	20	presença diária
Psicólogo	20	20	20	10	presença ao longo da semana
Enfermeiro (Unid. Convalescença e Enfermeiro de Reabilitação)	480	360	240	120	presença permanente
Fisioterapeuta	80	80	20	10	presença diária
Assistente Méd. Soc. H.	40	40	40	10	presença ao longo da semana
Terapeuta da Fala	8	8	8	8	presença ao longo da semana
Animador Sócio-cultural	20	20	40	10	presença ao longo da semana
Nutricionista	5	5	4	4	presença ao longo da semana
Terapeuta Ocupacional	40	40	20	10	presença ao longo da semana
Psicólogo Auxiliar	160	160	120	120	presença permanente

Perfil Profissional	Unidade de Cuidados Continuados Integrados (a)	Frequência
	Médico Semanários (a)	
Médico (Unid. Médica Físicas)	8	
Psicólogo	20	presença diária
Enfermeiro	25	presença diária
Fisioterapeuta	20	presença diária
Assistente Social	20	presença diária
Animador Sócio-cultural	40	presença diária
Terapeuta Ocupacional	20	presença diária
Psicólogo Auxiliar	120	presença permanente

(a) Considera a situação de 30 camas Regentes.

(b) Considera a situação de 25 camas. Exclui a área coberta de 100 camas e 100 camas de reabilitação.

(c) As normas de montagem, construção e manutenção das unidades de cuidados continuados são aprovadas pelo Conselho de Administração da Entidade Reguladora da Saúde.

(d) Na Unidade de Longa Duração e Manutenção, deve considerar-se a presença de 20 camas ao longo da semana.

(e) Distribuição a ajustar em função da especificidade da Unidade.

(f) Inclui 20 horas semanais de Manutenção.

ANEXO V

CANDIDATURA PARA INTEGRAÇÃO À REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

1. DADOS GERAIS DA ENTIDADE

Nome da Entidade: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Fax: _____

E-mail: _____

Localização: _____

Capacidade: _____

2. DADOS GERAIS DA UNIDADE

Nome da Unidade: _____

Localização: _____

Capacidade: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Fax: _____

E-mail: _____

Localização: _____

Capacidade: _____

3. DADOS GERAIS DO PROJETO

Nome do Projeto: _____

Localização: _____

Capacidade: _____

4. DADOS GERAIS DO PROJETO

Nome do Projeto: _____

Localização: _____

Capacidade: _____

5. DADOS GERAIS DO PROJETO

Nome do Projeto: _____

Localização: _____

Capacidade: _____

6. DADOS GERAIS DO PROJETO

Nome do Projeto: _____

Localização: _____

Capacidade: _____

7. DADOS GERAIS DO PROJETO

Nome do Projeto: _____

Localização: _____

Capacidade: _____

8. DADOS GERAIS DO PROJETO

Nome do Projeto: _____

Localização: _____

Capacidade: _____

9. DADOS GERAIS DO PROJETO

Nome do Projeto: _____

Localização: _____

Capacidade: _____

10. DADOS GERAIS DO PROJETO

Nome do Projeto: _____

Localização: _____

Capacidade: _____

ANEXO VI

Termo de responsabilidade por instalação do sistema de distribuição de gases medicinais e do sistema de aspiração/vácuo

_____, (nome, número de documento de identificação e morada), na qualidade de _____ (gerente, administrador, promotor), com poderes de representação de _____ (denominação da entidade instaladora, evidenciada para o efeito, número de identificação fiscal e sede), declara, sob compromisso de honra, que a sua representada:

- Instalou na(s) Unidade(s) de Cuidados Continuados Integrados, sita(s) na _____ (local de instalação completa), o sistema de distribuição de gases medicinais e o sistema de aspiração/vácuo, compostos por _____ (existência, ou equipamento respiratório, vácuo), de acordo com as normas e legislação portuguesa e comunitária aplicáveis, designadamente e sem limitar, a Diretiva do Conselho n.º 93/42/CEE, de 14 de junho, e o Decreto-Lei n.º 273/95, de 23 de outubro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 30/2003, de 14 de fevereiro;
- Que os dispositivos médicos instalados ostentam a respetiva Marcação CE e/ou certificação CE;

Pelo que assume toda a responsabilidade, civil e criminal, pela sua correta instalação e pela conformidade dos materiais utilizados.

_____, ____ de ____ de ____

Assinatura (a)

MINISTÉRIO DOS NEGÓCIOS ESTRANGEIROS

Aviso n.º 92/2014

Por ordem superior se torna público ter o Estado Independente de Samoa depositado, a 13 de novembro de

**MINISTÉRIOS DAS FINANÇAS, DA SAÚDE
E DA SOLIDARIEDADE,
EMPREGO E SEGURANÇA SOCIAL**

Portaria n.º 289-A/2015

de 17 de setembro

Através da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, foram definidas as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório, bem como as condições de funcionamento a que devem obedecer as equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Na vigência da referida Portaria foram identificados, pelas equipas que intervêm no processo de referenciação e admissão dos utentes nas diferentes tipologias de resposta da RNCCI, vários constrangimentos quanto à referenciação de doentes que apresentem o critério de não admissão para a tipologia de internamento de unidade de longa duração e manutenção (ULDM) mencionado na alínea *a*) do n.º 4 do artigo 19.º da mesma, para outras tipologias de resposta como a tipologia de internamento de unidade de média duração e reabilitação (UMDR) e a unidade de convalescença (UC).

Tais constrangimentos prendem-se, essencialmente, com ocupação de lugares de internamento por longos períodos de tempo em tipologias de resposta, como UMDR e UC por doentes que não vão beneficiar plenamente da reabilitação intensiva que estas tipologias podem disponibilizar. Por outro lado, os doentes que necessitam de reabilitação intensiva têm de permanecer mais tempo a aguardar vaga.

Acresce ainda a dificuldade em cumprir os prazos de internamento estipulados, pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, para a tipologia de UMDR, com previsão de internamento por período superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, bem como a maior procura para esta tipologia, em detrimento da tipologia de ULDM, onde existe por inerência maior capacidade instalada.

Nesta conformidade, a alteração do critério de não admissão em ULDM previsto pela alínea *a*) do n.º 4 do artigo 19.º da Portaria acima mencionada, reveste ainda a necessidade de adequação do valor global fixado para as ULDM na tabela constante do anexo III à Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro.

Atendendo porém à necessidade de se avaliar a total adequação do valor agora estipulado por dia e por utente para pagamento às ULDM nas situações de referenciação de doentes com úlceras de pressão, dos hospitais para estas unidades, prevê-se a sua aplicação por um período máximo de seis meses, com monitorização mensal por parte das equipas intervenientes na RNCCI, de forma a permitir os devidos ajustamentos em sede de revisão.

É de notar ainda que o valor adicional agora fixado não será objeto de pagamento pelas entidades outorgantes do contrato-programa ou acordo para ULDM, quando a úlcera de pressão se desenvolva durante o internamento na unidade da RNCCI.

Na medida em que se verificou uma incorreção no regime da emissão da autorização de funcionamento, que poderia conduzir a interpretações diversas, a presente Portaria vem assim clarificar os requisitos temporais para a respetiva emissão, procedendo-se assim à alteração do artigo 36.º da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro.

A presente Portaria procede à primeira alteração da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, no que se refere à re-

ferenciação para unidades e equipas, bem como à alteração do anexo III à Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro.

A presente portaria procede ainda à fixação do período temporal para revisão do valor aqui fixado nas situações de doentes que, aquando da referenciação dos hospitais para as ULDM, apresentem úlceras de pressão.

Assim, ao abrigo do disposto nos artigos 41.º, 42.º, e 46.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, bem como do disposto no artigo 23.º e no n.º 1 do artigo 25.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, manda o Governo, pelos Secretários de Estado Adjunto e do Orçamento, Adjunto do Ministro da Saúde e da Solidariedade e da Segurança Social, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

O presente diploma procede à primeira alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, que define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório, bem como as condições de funcionamento a que devem obedecer as equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), e à alteração da Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro.

Artigo 2.º

Alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro

O artigo 19.º e 36.º da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, passam a ter a seguinte redação:

«Artigo 19.º

[...]

1 — [...]

- a*) [...]
- b*) [...]
- c*) [...]
- d*) [...]

2 — [...]

- a*) [...]
- i*) [...]
- ii*) [...]
- iii*) [...]
- iv*) [...]
- v*) Manutenção e tratamento de estomas;
- vi*) [...]
- vii*) [...]
- viii*) [...]
- ix*) [...]
- x*) [...]
- xi*) [...]
- xii*) [...]

b) [...]

- i*) [...]
- ii*) [...]
- iii*) [...]
- iv*) [...]
- v*) Manutenção e tratamento de estomas;
- vi*) [...]

vii) [...]

viii) [...]

c) [...]

i) [...]

ii) [...]

iii) [...]

iv) [...]

v) [...]

vi) [...]

vii) [...]

viii) Tratamento de úlceras de pressão e ou feridas;

d) [...]

e) [...]

3 — [...]

a) [...]

b) [...]

c) [...]

d) [...]

4 — [...]

a) (Revogada.)

b) [...]

c) [...]

Artigo 36.º

Autorização de funcionamento

1 — [...]

2 — Decorridos 45 dias sem que a ERS emita autorização de funcionamento, esta considera-se tacitamente deferida, a título provisório, até à emissão da autorização de funcionamento pela Entidade Reguladora da Saúde, nos termos previstos no número anterior.

3 — Da autorização referida no n.º 1 consta a lotação máxima de cada uma das unidades.

4 — [...].»

Artigo 3.º

Alteração à Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro

O n.º 10.º da Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro, na redação dada pela Portaria n.º 189/2008, de 19 de fevereiro, passa a ter a seguinte redação:

«10.º Os encargos globais com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico e apóritos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão nas unidades de internamento no âmbito da RNCCI são pagos por dia de internamento e por utente e nas unidades de longa duração e manutenção nos termos previstos na tabela que consta do anexo III, com as seguintes condições:

a) O valor global a pagar por diária de internamento e por utente em unidade de longa duração e manutenção, fixado no anexo III, é acrescido do valor de 25 euros nas situações de referência, dos hospitais para aquela tipologia de unidades, de doentes que apresentem úlceras de pressão;

b) O valor previsto na alínea anterior apenas é devido durante um período máximo de seis meses após a transferência e o seu pagamento depende de avaliação mensal;

c) O valor adicional referido na alínea a) só é devido se a úlcera de pressão se tiver desenvolvido antes da transferência para a unidade de cuidados continuados integrados».

Artigo 4.º

Alteração ao anexo III à Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro

O anexo III à Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro, na redação dada pela Portaria n.º 189/2008, de 19 de fevereiro, passa a ter a redação que consta do anexo ao presente diploma, do qual faz parte integrante.

Artigo 5.º

Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Em 12 de março de 2015.

O Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, *Hélder Manuel Gomes dos Reis*. — O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*. — O Secretário de Estado da Solidariedade e da Segurança Social, *Agostinho Correia Branquinho*.

ANEXO

«ANEXO III

(da Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro)

Tabela

(valores em euros)

Tipologia de unidade de internamento da RNCCI	Valor global para suportar encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico e apóritos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão encargos com cuidados de saúde (utente/dia)
Valor diário a pagar por utente	
1 — Unidade de convalescença . . .	15
2 — Unidade de cuidados paliativos	15
3 — Unidade de média duração e reabilitação	12
4 — Unidade de longa duração e manutenção	10
	(a que acresce o valor de 25 nas condições estabelecidas no n.º 10.º)

Portaria n.º 289-B/2015

de 17 de setembro

A Portaria n.º 311-D/2011, de 27 de dezembro, estabeleceu as condições para verificação da condição de insuficiência económica dos utentes para efeitos de isenção de taxas moderadoras devidas pela realização das prestações de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Para efeitos de cálculo do rendimento médio mensal do agregado familiar, foi considerado o valor global das prestações sociais pagas pelos serviços e entidades do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Porém, as prestações familiares e os apoios eventuais de ação social, atenta a sua finalidade, não devem relevar para a verificação da situação de insuficiência económica.

Também a Portaria n.º 297-A/2012, de 28 de setembro, que aprovou a declaração modelo n.º 43, determina que os órgãos do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social devem comunicar à Autoridade Tributária e Aduaneira

do continente, às relações de trabalho entre empregadores filiados na associação de empregadores outorgante e trabalhadores ao seu serviço não representados pela associação sindical outorgante.

A atividade de cantinas, refeitórios e fábricas de refeições é excluída da presente extensão, uma vez que é abrangida por convenção coletiva específica, outorgada pela AHRESP.

Considerando ainda que a convenção coletiva regula diversas condições de trabalho, procede-se à ressalva genérica de cláusulas contrárias a normas legais imperativas.

Foi publicado o aviso relativo ao projeto da presente extensão no *BTE*, n.º 48, de 29 de dezembro de 2016, ao qual não foi deduzida oposição por parte dos interessados.

De acordo com o n.º 2 do artigo 514.º do Código do Trabalho, ponderadas as circunstâncias sociais e económicas justificativas da extensão e observados os critérios necessários para o alargamento das condições de trabalho previstas em convenção coletiva, nomeadamente o critério previsto na subalínea ii) da alínea c) do n.º 1 da RCM, promove-se a extensão do contrato coletivo e das suas alterações.

Assim,

Manda o Governo, pelo Secretário de Estado do Emprego, no uso da competência delegada pelo Despacho n.º 1300/2016, de 13 de janeiro de 2016, do Ministro do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 18, de 27 de janeiro de 2016, ao abrigo do artigo 514.º e do n.º 1 do artigo 516.º do Código do Trabalho e da Resolução do Conselho de Ministros n.º 90/2012, publicada no *Diário da República*, 1.ª série, n.º 211, de 31 de outubro, alterada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 43/2014, publicada no *Diário da República*, 1.ª série, n.º 122, de 27 de junho de 2014, o seguinte:

Artigo 1.º

1 — As condições de trabalho constantes do contrato coletivo e suas alterações entre a Associação da Hotelaria, Restauração e Similares de Portugal (AHRESP) e a FESAHT — Federação dos Sindicatos da Agricultura, Alimentação, Bebidas, Hotelaria e Turismo de Portugal, publicados no *Boletim do Trabalho e Emprego*, n.º 3, de 22 de janeiro de 2012, e n.º 21, de 8 de junho de 2016, são estendidas:

a) Nos distritos de Beja, Castelo Branco, Coimbra, Évora, Guarda, Lisboa, Leiria, Portalegre, Santarém e Setúbal às relações de trabalho entre empregadores não filiados na associação de empregadores outorgante que se dediquem à atividade de restauração ou de bebidas, campos de golfe que não sejam complemento de unidades hoteleiras, casinos e parques de campismo e trabalhadores ao seu serviço das profissões e categorias profissionais previstas na convenção;

b) No território do continente, às relações de trabalho entre empregadores filiados na associação de empregadores outorgante que prossigam a atividade referida na alínea anterior e trabalhadores ao seu serviço das profissões e categorias profissionais previstas na convenção não representados pela associação sindical outorgante.

2 — As retribuições da tabela salarial inferiores à retribuição mínima mensal garantida apenas são objeto de extensão nas situações em que sejam superiores à retri-

buição mínima mensal garantida, em vigor, resultante de redução relacionada com o trabalhador, de acordo com o artigo 275.º do Código do Trabalho.

3 — O disposto na alínea a) do n.º 1 não se aplica aos empregadores filiados na APHORT — Associação Portuguesa da Hotelaria, Restauração e Turismo.

4 — A presente portaria não se aplica a cantinas, refeitórios e fábricas de refeições.

5 — Não são objeto de extensão as cláusulas contrárias a normas legais imperativas.

Artigo 2.º

1 — A presente portaria entra em vigor no quinto dia após a sua publicação no *Diário da República*.

2 — A tabela salarial e as cláusulas de natureza pecuniária prevista na convenção, em vigor, produzem efeitos a partir do primeiro dia do mês da publicação da presente portaria.

O Secretário de Estado do Emprego, *Miguel Filipe Pardal Cabrita*, em 30 de janeiro de 2017.

TRABALHO, SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL E SAÚDE

Portaria n.º 50/2017

de 2 de fevereiro

O XXI Governo Constitucional no seu programa para a saúde estabelece como prioridade expandir e melhorar a integração da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados que tem como objetivo, nos termos definidos pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

Face à experiência decorrente da aplicação dos normativos relativos ao processo de referenciação, revelou-se necessário proceder a alterações ao referido processo com vista, designadamente à sua agilização e desmaterialização.

Por outro lado pretende-se, através da presente alteração, introduzir desde o momento da referenciação e ao longo de toda a trajetória do utente na Rede, a classificação do grau de funcionalidade segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, conferindo assim racionalidade clínica a todo o processo, centrando a intervenção na potencialização da capacidade funcional dos utentes segundo uma perspetiva biopsicossocial e possibilitando a avaliação dos resultados da intervenção.

Assim, ao abrigo do n.º 10 do artigo 32.º e do artigo 42.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, na redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, manda o Governo, pela Secretária de Estado da Segurança Social e pelo Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

A presente portaria procede à segunda alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro, que define as

condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório, doravante designadas por unidades, bem como as condições de funcionamento a que devem obedecer as equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), estas últimas designadas por equipas domiciliárias.

Artigo 2.º

Alterações à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro

Os artigos 2.º, 3.º, 6.º, 7.º, 9.º, 10.º, 14.º, 19.º, 20.º, 21.º, 23.º, 24.º e 36.º da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro, passam a ter a seguinte redação:

«Artigo 2.º

[...]

- a) [...]
- b) [...]
- c) [...]
- d) “Referenciação”, ato de avaliação, pelos profissionais competentes, dos doentes a propor para a RNCCI;
- e) “Reabilitação Funcional”, processo global e contínuo que visa a recuperação, desenvolvimento e manutenção da funcionalidade relativa a todas as áreas de desempenho e estruturas do corpo, com vista à promoção da independência e/ou autonomia otimizando o potencial e minimizando os impactos das incapacidades nas atividades da vida diária e na participação social.

Artigo 3.º

[...]

1 — [...]

- a) [...]
- b) [...]
- c) [...]
- d) [...]
- e) [...]
- f) [...]
- g) [...]
- h) [...]
- i) [...]
- j) [...]

2 — A definição e caracterização dos espaços necessários ao desenvolvimento das atividades das unidades da RNCCI devem ainda obedecer às condições específicas de instalação previstas nos anexos I e II à presente portaria que dela fazem parte integrante.

3 — Para efeitos do disposto nos números anteriores, mantêm-se válidas as autorizações de funcionamento das unidades emitidas ao abrigo da legislação vigente antes da entrada em vigor da presente portaria.

4 — [...]

Artigo 6.º

[...]

- 1 — [...]
- 2 — [...]

3 — [...]

- a) [...]
- b) [...]
- c) [...]
- d) [...]
- e) [...]
- f) [...]
- g) [...]

4 — A unidade de ambulatório pode funcionar em instituições com unidades de internamento de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção e em outros estabelecimentos de instituições privadas de solidariedade social ou instituições legalmente equiparadas e entidades privadas com fins lucrativos.

Artigo 7.º

[...]

1 — A equipa de gestão de altas (EGA) é uma equipa hospitalar multidisciplinar, sediada em hospital integrado no SNS, que avalia e confirma a proposta de referenciação dos utentes para as unidades e equipas da RNCCI.

- 2 — [...]
- 3 — [...]
- 4 — [...]

Artigo 9.º

[...]

1 — [...]

- a) [...]
- b) [...]
- c) [...]

d) Condições de pagamento do valor dia, por parte do utente, definidas para as unidades de internamento de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção e de ambulatório;

- e) [...]
- f) [...]
- g) [...]
- h) [...]
- i) [...]

2 — O regulamento interno é elaborado pela entidade promotora e gestora da unidade e é enviado à ECR, para aprovação, antes da entrada em funcionamento da unidade.

Artigo 10.º

Processo individual de cuidados continuados

1 — As unidades e equipas devem organizar o processo individual de cuidados continuados (PICC) em suporte informático ou em papel que inclui, designadamente:

- a) [...]
- b) [...]
- c) Identificação e contacto do médico assistente;
- d) [...]
- e) [...]
- f) [...]
- g) [...]

- h) [...]
- i) [...]
- j) [...]

2 — O PICC do utente deve ser permanentemente atualizado, e no que respeita a registo de observações, prescrições, administração de terapêutica e prestação de serviços e cuidados, deve ser anotada a data e a hora em que foram realizados, bem como a identificação do seu autor.

3 — O PICC é de acesso restrito nos termos da legislação aplicável.

4 — As unidades e equipas prestadoras asseguram o arquivo do PICC, em conformidade com a legislação vigente.

Artigo 14.º

Dotações de recursos humanos

1 — As unidades e equipas da RNCCI, de forma a assegurar níveis adequados de qualidade na prestação de cuidados, devem adaptar a dotação dos recursos humanos (RH) ao nível de dependência dos utentes tendo como referencial mínimo o disposto no anexo IV à presente portaria que dela faz parte integrante.

2 — [...]

Artigo 19.º

Referenciação para unidades e equipas

1 — Sem prejuízo do disposto no artigo 31.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, para as unidades e equipas da RNCCI podem ser referenciadas as pessoas com limitação funcional, em processo de doença crónica ou na sequência de doença aguda, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida e com necessidades de cuidados de saúde e de apoio social.

2 — São ainda condições gerais de admissão em todas as tipologias da RNCCI as seguintes situações:

- a) A alimentação entérica;
- b) O tratamento de úlceras de pressão e ou feridas;
- c) A manutenção e tratamento de estomas;
- d) A terapêutica parentérica;
- e) As medidas de suporte respiratório designadamente a oxigenoterapia ou a ventilação assistida;
- f) Ajuste terapêutico e ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada.

3 — Para as unidades de convalescença são também critérios de referenciação as situações que, na sequência de episódio de doença aguda, impliquem perda de funcionalidade transitória, e careçam de cuidados de saúde que, pela sua complexidade ou duração, não possam ser prestados no domicílio, com previsibilidade de recuperação ou ganhos funcionais atingíveis até 30 dias consecutivos que requeiram:

- a) Cuidados médicos e de enfermagem, permanentes;
- b) Reabilitação funcional intensiva.

4 — Para unidade de média duração e reabilitação, para além do disposto no n.º 2, são ainda critérios de referenciação, as situações que na sequência de doença

aguda ou reagudização de doença crónica, impliquem perda de funcionalidade, careçam de continuidade de cuidados de saúde, reabilitação funcional e apoio social e pela sua complexidade ou duração, não possam ser assegurados no domicílio, com previsibilidade de ganhos funcionais atingíveis até 90 dias consecutivos que requeiram:

- a) Cuidados médicos diários e de enfermagem, permanentes;
- b) Reabilitação funcional.

5 — Para além do disposto no n.º 2, são critérios de referenciação para unidade de longa duração e manutenção as situações que impliquem a prestação de cuidados de apoio social, continuidade de cuidados de saúde e de manutenção do estado funcional, que pela sua complexidade ou duração, não possam ser assegurados no domicílio e tenham necessidade de internamento num período superior a 90 dias consecutivos que requeiram:

- a) Cuidados médicos regulares e cuidados de enfermagem permanentes;
- b) Reabilitação funcional de manutenção;
- c) Internamento em situações temporárias por dificuldade de apoio familiar e necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.

6 — São critérios de referenciação para unidades de dia e promoção de autonomia (UDPA) as situações que necessitam da prestação de cuidados de apoio social, saúde, promoção, autonomia ou manutenção do estado funcional de pessoas que, podendo permanecer no domicílio, não podem aí ver assegurados esses cuidados face à complexidade ou duração.

7 — As equipas domiciliárias destinam-se a pessoas em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, cujo critério de referenciação assenta na fragilidade, limitação funcional grave condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados continuados integrados que requeiram:

- a) Frequência de prestação de cuidados de saúde superior a 1 vez por dia, ou, prestação de cuidados de saúde superior a 1 hora e 30 minutos por dia, no mínimo de 3 dias por semana;
- b) Cuidados além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins de semana e feriados;
- c) Complexidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação ao nível da reabilitação;
- d) Necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal.

8 — Consideram-se critérios de não admissão em unidades e equipas, as pessoas:

- a) Com episódio de doença em fase aguda;
- b) Com necessidade exclusiva de apoio social;
- c) Cujo objetivo de internamento seja o estudo diagnóstico;
- d) Cujo regime terapêutico inclua antibióticos de uso exclusivo hospitalar.

Artigo 20.º

Processo de referenciação dos utentes provenientes dos hospitais e dos cuidados de saúde primários

1 — Os profissionais de saúde dos hospitais designadamente, médicos, enfermeiros e assistentes sociais, referenciam as pessoas com critérios clínicos para potencial ingresso na RNCCI, de acordo com a seguinte informação:

Diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional da Doença;

Registo de comorbilidades;

Classificação do grau de funcionalidade segundo a *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*;

Avaliação médica, de enfermagem, do serviço social e qualquer outra informação relevante;

Proposta da tipologia de cuidados da RNCCI.

2 — A referenciação pode ser realizada desde o início do internamento até quatro dias antes da data prevista da alta.

3 — A EGA receciona a proposta de referenciação e no prazo de dois dias úteis, avalia e confirma toda a informação até ao momento da alta, designadamente:

- a) Informação da situação clínica e medicação;
- b) Indicação das necessidades em cuidados;
- c) Informação do serviço social;
- d) Informação dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados;
- e) Anotações sobre o programa de seguimento do utente e de marcações de próximas consultas ou exames complementares, com identificação do responsável pelo seguimento, quando aplicável.

4 — Sempre que o utente seja proveniente da comunidade, nomeadamente o domicílio, a referenciação é efetuada, com as devidas adaptações, pelos profissionais de saúde das unidades de saúde familiar (USF) e das unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) sendo aplicável o procedimento constante do n.º 1.

5 — Os profissionais das unidades de cuidados na comunidade (UCC) sinalizam às USF e UCSP os doentes com potencial de referenciação.

6 — Os profissionais que integram as USF e as UCSP enviam à ECL a proposta de referenciação no prazo máximo de cinco dias, após o início da referenciação.

7 — A ECL valida a proposta de referenciação e a tipologia adequada.

8 — Na referenciação do utente para unidade ou equipa deve ter-se em conta a proximidade da área do domicílio do utente relativamente à unidade ou equipa e sempre que possível ter em consideração a sua preferência.

Artigo 21.º

[...]

1 — A admissão de utentes nas unidades e equipas é precedida de proposta de referenciação dos profissionais de saúde dos hospitais e dos cuidados de saúde primários.

2 — A ECR determina, no prazo de um dia útil, a alocação de vaga do utente em unidade ou equipa da RNCCI, na medida dos recursos e vagas existentes.

3 — A admissão na unidade ou equipa da RNCCI efetiva-se no prazo de um dia útil.

4 — Para efeitos de admissão nas unidades de internamento e equipas domiciliárias é necessário obter o prévio consentimento informado por parte do utente, ou do seu representante legal.

5 — [...].

6 — As unidades e equipas prestadoras não podem recusar a admissão do utente após a validação da ECL.

7 — [Revogado].

Artigo 23.º

[...]

1 — [...].

2 — [...].

3 — [...].

4 — Sempre que considerada a necessidade de mobilidade por transferência do utente, deve a unidade ou equipa elaborar proposta fundamentada à ECL da área de influência da unidade para respetiva validação.

5 — A mobilidade por transferência do utente deve ter em consideração o critério de proximidade ao domicílio deste, sendo prioritária em relação aos utentes em lista de espera para admissão na RNCCI.

6 — [...].

7 — Os utentes internados em unidade, quando agudizam e carecem de cuidados em hospital integrado no SNS, por período temporal superior ao determinado nos n.ºs 2 e 3 do artigo anterior, beneficiam de prioridade na readmissão na RNCCI.

8 — A preparação da alta deve ser iniciada com uma antecedência que permita encontrar a solução mais adequada à necessidade de continuidade de cuidados, pressupondo a necessária articulação entre a unidade e as ECL competentes.

Artigo 24.º

[...]

1 — O pedido de adesão, por parte das entidades promotoras e gestoras previstas no n.º 1 do artigo 36.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, que ainda não integrem a RNCCI, formaliza-se mediante preenchimento do formulário constante do anexo V à presente portaria que dela faz parte integrante, disponível no sítio da internet da ARS e do ISS, I. P.

2 — [...].

Artigo 36.º

[...]

1 — Até à entrada em vigor do regime jurídico do licenciamento para as unidades da RNCCI, a competência para a emissão da autorização de funcionamento cabe à Entidade Reguladora da Saúde, mediante parecer prévio da ECR, que contenha despacho favorável da ARS, I. P., e do Centro Distrital do ISS, I. P., de acordo com o modelo constante do anexo III à presente portaria.

2 — [...].

3 — [...].

4 — [...].»

Artigo 3.º

Replicação

1 — É replicado em anexo à presente portaria, da qual faz parte integrante, a Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, com a redação atual.

2 — Para efeitos de replicação, onde se lê: «Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social» deve ler-se «Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social».

Artigo 4.º

Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no primeiro dia útil do mês subsequente ao da sua publicação.

Em 24 de janeiro de 2017.

A Secretária de Estado da Segurança Social, *Cláudia Sofia de Almeida Gaspar Joaquim*. — O Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, *Fernando Manuel Ferreira Araújo*.

ANEXO

Replicação da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro

CAPÍTULO I

Disposições Gerais

Artigo 1.º

Objeto

1 — A presente portaria define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório, doravante designadas por unidades, bem como as condições de funcionamento a que devem obedecer as equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), estas últimas designadas por equipas domiciliárias, previstas no artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

2 — A presente portaria regula também os vários níveis de coordenação da RNCCI.

3 — São ainda regulados os procedimentos relativos às adesões dos serviços e estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde e das instituições do setor social e do setor privado que adiram à RNCCI após a entrada em vigor do presente diploma.

4 — Exceção-se do âmbito de aplicação da presente portaria as unidades de internamento e de ambulatório destinadas a cuidados pediátricos, as quais se regem por legislação própria.

Artigo 2.º

Definições

Para efeitos do presente diploma consideram-se:

a) «Condições de instalação», as condições relativas à construção e segurança das instalações e das pessoas no que se refere a acessos, circulação, instalações técnicas e equipamentos e tratamento de resíduos das unidades da

RNCCI, compreendendo a construção de raiz, a remodelação e a adaptação de edifício;

b) «Condições de funcionamento», as condições que permitem e viabilizam a concretização dos objetivos das unidades e equipas da RNCCI;

c) «Condições de adesão», as condições que viabilizam a integração das entidades promotoras e gestoras na RNCCI;

d) «Referenciação», ato de avaliação, pelos profissionais competentes, dos doentes a propor para a RNCCI;

e) «Reabilitação Funcional», processo global e contínuo que visa a recuperação, desenvolvimento e manutenção da funcionalidade relativa a todas as áreas de desempenho e estruturas do corpo, com vista à promoção da independência e/ou autonomia otimizando o potencial e minimizando os impactos das incapacidades nas atividades da vida diária e na participação social.

CAPÍTULO II

Condições de instalação

Artigo 3.º

Instalações

1 — As instalações de unidades da RNCCI devem estar em conformidade com a legislação nacional e comunitária vigente, nomeadamente no que diz respeito a:

- a) Localização;
- b) Terreno;
- c) Construção;
- d) Instalações e equipamentos de águas e esgotos;
- e) Instalações e equipamentos elétricos;
- f) Instalações e equipamentos mecânicos, incluindo as centrais e redes de gases medicinais;
- g) Instalações e equipamentos de segurança contra incêndios;
- h) Equipamento geral;
- i) Equipamento de uso clínico;
- j) Sistema de gestão de resíduos de natureza diversa.

2 — A definição e caracterização dos espaços necessários ao desenvolvimento das atividades das unidades da RNCCI devem ainda obedecer às condições específicas de instalação previstas nos anexos I e II à presente portaria que dela fazem parte integrante.

3 — Para efeitos do disposto nos números anteriores, mantêm-se válidas as autorizações de funcionamento das unidades emitidas ao abrigo da legislação vigente antes da entrada em vigor da presente portaria.

4 — Ao licenciamento de construção e autorização de utilização é aplicável a legislação em vigor, sem prejuízo do disposto na presente portaria.

CAPÍTULO III

Condições de funcionamento

Artigo 4.º

Direitos dos utentes

Sem prejuízo do disposto no artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, o

funcionamento das unidades e equipas da RNCCI baseia-se no respeito pelos seguintes direitos do utente:

- a) Integridade física, psíquica e moral;
- b) Identidade pessoal e reserva da vida privada;
- c) Não discriminação;
- d) Respeito pela sua decisão, ou do seu representante, quanto aos procedimentos a efetuar no âmbito da prestação dos cuidados, em conformidade com a legislação vigente;
- e) Participação do próprio, e dos seus familiares ou dos cuidadores informais, na elaboração do plano individual de intervenção;
- f) Confidencialidade dos dados do processo individual e outras informações clínicas;
- g) Participação, sempre que possível, dos familiares ou dos cuidadores informais no apoio ao utente, desde que este apoio contribua para o seu bem-estar e equilíbrio psicoafetivo;
- h) Visita, sem restrições de dias, em horário alargado, que tenha em conta as necessidades do envolvimento familiar e social nos termos definidos em regulamento interno e desde que tal não ponha em causa o normal funcionamento dos serviços, o bem-estar dos doentes e a prestação de cuidados aos mesmos;
- i) Convivência social, promovendo o relacionamento entre os utentes, e destes com os seus familiares e amigos, bem como com os profissionais, no respeito pela sua vontade e interesses;
- j) Assistência religiosa e espiritual, por solicitação do utente ou a pedido de familiares ou dos cuidadores informais.

Artigo 5.º

Funcionamento das unidades de internamento

1 — As unidades de internamento prestam cuidados de saúde e de apoio social, na sequência de episódio de doença aguda ou da necessidade de prevenção de agravamentos de doença crónica, centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e cuidados paliativos a pessoas que se encontram em situação de dependência, com vista à sua reintegração sociofamiliar.

2 — A concretização dos objetivos das unidades da RNCCI exige um funcionamento que proporcione e garanta ao utente:

- a) Prestação dos cuidados de saúde, de reabilitação, de manutenção, de conforto e de apoio psicossocial adequados;
- b) Personalização dos cuidados prestados mediante a identificação de um profissional, designado «Gestor de Caso», responsável direto pelo acompanhamento do processo individual e garante da comunicação com os demais intervenientes na prestação de cuidados;
- c) Utilização adequada dos fármacos;
- d) Alimentação que tenha em conta uma intervenção nutricional adequada;
- e) Prestação de cuidados de higiene;
- f) Um ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor de autonomia;
- g) Atividades de convívio e lazer;
- h) Participação, ensino e treino dos familiares/cuidadores informais.

3 — A prestação de cuidados exige uma avaliação multidisciplinar das necessidades do utente, realizada nas

48 horas após a admissão, e implica a elaboração de um plano individual de intervenção.

Artigo 6.º

Funcionamento da unidade de ambulatório

1 — As unidades de ambulatório prestam cuidados continuados integrados de manutenção, de promoção de autonomia e apoio social a pessoas com diferentes graus de dependência, sem necessidade de internamento, que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio, ou cuja situação não aconselhe a prestação de cuidados no domicílio.

2 — As unidades de ambulatório devem organizar-se para prestar cuidados continuados diferenciados em função das patologias e ou grau de dependência dos utentes.

3 — A concretização dos objetivos da unidade de ambulatório exige um funcionamento em regime diurno, todos os dias úteis, por um período não inferior a oito horas diárias de forma a garantir e proporcionar ao utente:

- a) Cuidados de saúde de âmbito preventivo, manutenção e reabilitação;
- b) Desenvolvimento de atividades de treino cognitivo, de treino de atividades de vida diária e de atividades instrumentais de vida diária;
- c) Desenvolvimento de atividades de reabilitação e de manutenção das capacidades motoras e sensoriais;
- d) Promoção da interação do utente com a família, ou com o cuidador informal;
- e) Apoio na satisfação de necessidades básicas, nomeadamente a alimentação e higiene pessoal;
- f) Participação, ensino e treino dos familiares ou cuidadores informais;
- g) Realização de atividades culturais e de lazer, tendo em vista a socialização.

4 — A unidade de ambulatório pode funcionar em instituições com unidades de internamento de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção e em outros estabelecimentos de instituições privadas de solidariedade social ou instituições legalmente equiparadas e entidades privadas com fins lucrativos.

Artigo 7.º

Funcionamento das equipas de gestão de altas

1 — A equipa de gestão de altas (EGA) é uma equipa hospitalar multidisciplinar, sediada em hospital integrado no SNS, que avalia e confirma a proposta de referenciação dos utentes para as unidades e equipas da RNCCI.

2 — As equipas referidas no número anterior fazem o planeamento de alta relativamente a todos os doentes que necessitem de cuidados continuados integrados, imediatamente após um internamento hospitalar, bem como a todos os doentes que apresentem um grau de dependência que não lhes permita o regresso ao domicílio em condições de segurança ou aqueles em que seja necessária uma avaliação mais precisa do grau de dependência.

3 — À EGA devem ser sinalizados, pelo serviço onde se encontram internados, todos os doentes que necessitem de cuidados continuados integrados para que se possa proceder a um planeamento articulado e atempado da alta.

4 — Em cada hospital integrado no SNS deve existir uma EGA.

Artigo 8.º

Funcionamento das equipas domiciliárias

1 — As equipas domiciliárias prestam cuidados centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e conforto, a pessoas em situação de dependência, doença terminal, ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.

2 — A prestação de cuidados exige uma avaliação multidisciplinar das necessidades da pessoa realizada pelas equipas domiciliárias e implica a elaboração de um plano individual de intervenção.

3 — As equipas referidas no n.º 1 são equipas da RNCCI, da responsabilidade dos cuidados de saúde primários, enquadradas no âmbito da prestação de cuidados dos ACES, integrados ou não em unidade local de saúde, E. P. E. (ULS) em articulação com as unidades e outras equipas da RNCCI.

4 — As condições de funcionamento das equipas domiciliárias constam de carta de compromisso a celebrar entre o ACES, integrados ou não em ULS e a Administração Regional de Saúde, I. P. (ARS) e os CDists do ISS, I. P.

5 — A concretização dos objetivos das equipas domiciliárias exige um funcionamento que proporcione e garanta ao utente:

a) Prestação dos cuidados de saúde, de reabilitação, de manutenção, de natureza paliativa e de apoio psicossocial adequados, promovendo o envolvimento dos familiares ou dos cuidadores informais;

b) Personalização dos cuidados prestados mediante a identificação de um profissional, preferencialmente, enfermeiro, designado «Gestor de Caso», responsável direto pelo acompanhamento do processo individual e garante da comunicação com os demais intervenientes na prestação de cuidados;

c) Prestação de apoio psicoemocional;

d) Consulta multidisciplinar e acompanhamento assistencial de natureza paliativa;

e) Apoio no desempenho das atividades básicas e instrumentais da vida diária;

f) Promoção de um ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor de autonomia;

g) Participação, ensino e treino dos familiares ou dos cuidadores informais.

Artigo 9.º

Regulamento interno das unidades

1 — As unidades dispõem de um regulamento interno de funcionamento que contém, designadamente, os seguintes elementos:

a) Direção técnica, direção clínica e mapa de pessoal, no qual seja indicado o número de profissionais por categoria, bem como o correspondente número de horas a afetar à unidade;

b) Direitos e deveres dos utentes e seus familiares ou cuidadores informais;

c) Serviços e cuidados disponíveis;

d) Condições de pagamento do valor dia, por parte do utente, definidas para as unidades de internamento de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção e de ambulatório;

e) Condições do depósito de bens;

f) Condições de admissão, mobilidade, alta e reserva de lugar;

g) Horários de funcionamento, nomeadamente, horário das refeições;

h) Gestão de reclamações;

i) Demais regras de funcionamento.

2 — O regulamento interno é elaborado pela entidade promotora e gestora da unidade e é enviado à ECR, para aprovação, antes da entrada em funcionamento da unidade.

Artigo 10.º

Processo individual do utente

1 — As unidades e equipas devem organizar o processo individual de cuidados continuados (PICC) em suporte informático ou em papel que inclui, designadamente:

a) Identificação do utente;

b) Data de admissão;

c) Identificação e contacto do médico assistente;

d) Identificação e contacto do «Gestor de Caso» da unidade ou da equipa;

e) Identificação e contactos dos familiares, cuidadores informais e representante legal quando exista;

f) Cópia do Consentimento Informado e do Termo de Aceitação, quando aplicável;

g) Contrato de prestação de serviços;

h) Plano individual de intervenção;

i) Registos relativos à evolução do estado de saúde do utente no âmbito dos respetivos planos individuais de cuidados;

j) Nota de alta.

2 — O PICC do utente deve ser permanentemente atualizado, e no que respeita a registo de observações, prescrições, administração de terapêutica e prestação de serviços e cuidados, deve ser anotada a data e a hora em que foram realizados, bem como a identificação do seu autor.

3 — O PICC é de acesso restrito nos termos da legislação aplicável.

4 — As unidades e equipas prestadoras asseguram o arquivo do PICC, em conformidade com a legislação vigente.

Artigo 11.º

Contrato de Prestação de Serviços

1 — As entidades promotoras e gestoras de unidades de internamento de média duração e reabilitação e longa duração e manutenção e de ambulatório, devem celebrar contratos de prestação de serviços com os utentes e ou seus familiares e, quando exista, com o representante legal.

2 — No âmbito do contrato referido no número anterior, poderá ser prevista uma caução, com o objetivo de assegurar o respetivo pagamento do internamento do utente.

Artigo 12.º

Acesso à informação

1 — As unidades devem ter disponível e em local bem visível e de fácil acesso a seguinte informação e documentos:

a) Licença ou autorização de funcionamento;

b) Horário de atendimento;

- c) Identificação do diretor técnico;
- d) Identificação do diretor clínico e do enfermeiro coordenador;
- e) Horário de funcionamento, incluindo horário das visitas;
- f) Plano e horário das atividades;
- g) Mapa semanal das ementas;
- h) Referência à existência de regulamento interno e de livro de reclamações.

2 — As unidades devem ser identificadas mediante afixação de placa identificativa com logótipo da RNCCI e respetiva tipologia, em conformidade com as regras definidas pelos organismos competentes.

CAPÍTULO IV

Recursos Humanos

Artigo 13.º

Requisitos

Os profissionais das unidades e equipas devem possuir as qualificações necessárias, designadamente título profissional, adequado ao exercício das funções.

Artigo 14.º

Dotações das unidades em recursos humanos

1 — As unidades e equipas da RNCCI, de forma a assegurar níveis adequados de qualidade na prestação de cuidados, devem adaptar a dotação dos recursos humanos (RH) ao nível de dependência dos utentes tendo como referencial mínimo o disposto no anexo IV à presente portaria que dela faz parte integrante.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, não é considerada a colaboração de voluntários ou de pessoas em estágio profissional prévio à obtenção da qualificação necessária para o exercício de funções.

Artigo 15.º

Direção técnica das unidades

1 — Ao Diretor Técnico, em articulação com os órgãos de gestão da entidade promotora e gestora, compete designadamente:

- a) Definir um modelo de gestão integrada de cuidados e submetê-lo à aprovação dos órgãos de gestão da instituição;
- b) Implementar internamente os programas de gestão da qualidade;
- c) Promover a melhoria contínua e a humanização dos cuidados continuados integrados;
- d) Supervisionar, coordenar e acompanhar a atividade dos profissionais;
- e) Implementar programas de formação, iniciais e contínuos, bem como desenvolver um programa de integração de novos profissionais.

2 — Para além do disposto no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, quanto à direção técnica das unidades de internamento, o diretor técnico da unidade

de ambulatório deve ser um profissional da área da saúde ou da área psicossocial.

Artigo 16.º

Recursos humanos das equipas de gestão de altas

1 — As EGA integram um médico, um enfermeiro e um assistente social, podendo ainda integrar outros profissionais, nomeadamente para apoio administrativo, sempre que o volume e a complexidade de atividades o justificar.

2 — Os profissionais que integram as EGA são designados pelo conselho de administração do hospital e exercem as suas funções, preferencialmente, em regime de tempo completo, em espaço próprio e equipado para o efeito.

3 — Quando, em função da dimensão da área de intervenção, não for possível ou adequado que todos os profissionais se encontrem a tempo completo, devem ser fixados horários ajustados que garantam o normal funcionamento da EGA, os quais deverão expressamente constar de regulamento interno.

4 — Os conselhos de administração dos hospitais integrados no SNS designam um interlocutor em cada centro de responsabilidade, departamento ou serviço, a quem cabe a articulação com a EGA.

5 — Os conselhos de administração dos hospitais integrados no SNS designam um responsável pela coordenação da EGA que articula com as ECL e com a ECR.

Artigo 17.º

Recursos humanos das equipas domiciliárias

1 — As equipas domiciliárias integram, designadamente, médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas e assistentes sociais, sendo a respetiva afetação da responsabilidade do ACES, de acordo com os objetivos contratualizados.

2 — Os profissionais referidos no número anterior são nomeados pelo Conselho de Administração da ULS ou pelo Diretor Executivo do ACES, sob proposta do coordenador da unidade de cuidados na comunidade, sempre que exista e a sua composição e dimensão deve ter em conta as características sociodemográficas, epidemiológicas e geográficas da área onde está inserida.

Artigo 18.º

Formação dos profissionais

1 — Cabe às entidades promotoras e gestoras das unidades e equipas, no início de cada ano, o desenvolvimento do plano anual de formação, tendo como referência o levantamento de necessidades e as recomendações das ARS e CDist do ISS, I. P.

2 — As entidades promotoras e gestoras das unidades e equipas devem garantir a participação dos seus profissionais em ações de formação, no âmbito das orientações e objetivos gerais da RNCCI, bem como em ações promovidas por outras entidades, desde que correspondam aos objetivos da RNCCI e contribuam para sua formação contínua.

3 — A ARS/ACSS e o ISS, IP podem, sempre que entendam necessário, solicitar às entidades promotoras e gestoras das unidades e equipas comprovativos da formação realizada.

CAPÍTULO V

Referenciação na RNCCI e admissão nas unidades e equipas

Artigo 19.º

Referenciação para unidades e equipas

1 — Sem prejuízo do disposto no artigo 31.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, para as unidades e equipas da RNCCI podem ser referenciadas as pessoas com limitação funcional, em processo de doença crónica ou na sequência de doença aguda, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida e com necessidades de cuidados de saúde e de apoio social.

2 — São ainda condições gerais de admissão em todas as tipologias da RNCCI as seguintes situações:

- a) A alimentação entérica;
- b) O tratamento de úlceras de pressão e ou feridas;
- c) A manutenção e tratamento de estomas;
- d) A terapêutica parentérica;
- e) As medidas de suporte respiratório designadamente a oxigenoterapia ou a ventilação assistida;
- f) Ajuste terapêutico e ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada.

3 — Para as unidades de convalescença são também critérios de referenciação as situações que, na sequência de episódio de doença aguda, impliquem perda de funcionalidade transitória, e careçam de cuidados de saúde que, pela sua complexidade ou duração, não possam ser prestados no domicílio, com previsibilidade de recuperação ou ganhos funcionais atingíveis até 30 dias consecutivos que requeiram:

- a) Cuidados médicos e de enfermagem, permanentes;
- b) Reabilitação funcional intensiva.

4 — Para unidade de média duração e reabilitação, para além do disposto no n.º 2, são ainda critérios de referenciação, as situações que na sequência de doença aguda ou reagudização de doença crónica, impliquem perda de funcionalidade, careçam de continuidade de cuidados de saúde, reabilitação funcional e apoio social e pela sua complexidade ou duração, não possam ser assegurados no domicílio, com previsibilidade de ganhos funcionais atingíveis até 90 dias consecutivos que requeiram:

- a) Cuidados médicos diários e de enfermagem, permanentes;
- b) Reabilitação funcional.

5 — Para além do disposto no n.º 2, são critérios de referenciação para unidade de longa duração e manutenção as situações que impliquem a prestação de cuidados de apoio social, continuidade de cuidados de saúde e de manutenção do estado funcional, que pela sua complexidade ou duração, não possam ser assegurados no domicílio e tenham necessidade de internamento num período superior a 90 dias consecutivos que requeiram:

- a) Cuidados médicos regulares e cuidados de enfermagem permanentes;
- b) Reabilitação funcional de manutenção;

c) Internamento em situações temporárias por dificuldade de apoio familiar e necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.

6 — São critérios de referenciação para unidades de dia e promoção de autonomia (UDPA) as situações que necessitam da prestação de cuidados de apoio social, saúde, promoção, autonomia ou manutenção do estado funcional de pessoas que, podendo permanecer no domicílio, não podem aí ver assegurados esses cuidados face à complexidade ou duração.

7 — As equipas domiciliárias destinam-se a pessoas em situação de dependência funcional transitória ou prolongada, que não se podem deslocar de forma autónoma, cujo critério de referenciação assenta na fragilidade, limitação funcional grave condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados continuados integrados que requeiram:

- a) Frequência de prestação de cuidados de saúde superior a 1 vez por dia, ou, prestação de cuidados de saúde superior a 1 hora e 30 minutos por dia, no mínimo de 3 dias por semana;
- b) Cuidados além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins de semana e feriados;
- c) Complexidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação ao nível da reabilitação;
- d) Necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal.

8 — Consideram-se critérios de não admissão em unidades e equipas, as pessoas:

- a) Com episódio de doença em fase aguda;
- b) Com necessidade exclusiva de apoio social;
- c) Cujo objetivo de internamento seja o estudo diagnóstico;
- d) Cujo regime terapêutico inclua antibióticos de uso exclusivo hospitalar.

Artigo 20.º

Processo de referenciação dos utentes provenientes dos hospitais e dos cuidados de saúde primários

1 — Os profissionais de saúde dos hospitais designadamente, médicos, enfermeiros e assistentes sociais, referenciam as pessoas com critérios clínicos para potencial ingresso na RNCCI, de acordo com a seguinte informação:

- a) Diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional da Doença;
- b) Registo de comorbilidades;
- c) Classificação do grau de funcionalidade segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde;
- d) Avaliação médica, de enfermagem, do serviço social e qualquer outra informação relevante;
- e) Proposta da tipologia de cuidados da RNCCI.

2 — A referenciação pode ser realizada desde o início do internamento até quatro dias antes da data prevista da alta.

3 — A EGA receciona a proposta de referenciação e no prazo de dois dias úteis, avalia e confirma toda a informação até ao momento da alta, designadamente:

- a) Informação da situação clínica e medicação;
- b) Indicação das necessidades em cuidados;

- c) Informação do serviço social;
- d) Informação dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados;
- e) Anotações sobre o programa de seguimento do utente e de marcações de próximas consultas ou exames complementares, com identificação do responsável pelo seguimento, quando aplicável.

4 — Sempre que o utente seja proveniente da comunidade, nomeadamente o domicílio, a referenciação é efetuada, com as devidas adaptações, pelos profissionais de saúde das unidades de saúde familiar (USF) e das unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) sendo aplicável o procedimento constante do n.º 1.

5 — Os profissionais das unidades de cuidados na comunidade (UCC) sinalizam às USF e UCSP os doentes com potencial de referenciação.

6 — Os profissionais que integram as USF e as UCSP enviam à ECL a proposta de referenciação no prazo máximo de cinco dias, após o início da referenciação.

7 — A ECL valida a proposta de referenciação e a tipologia adequada.

8 — Na referenciação do utente para unidade ou equipa deve ter-se em conta a proximidade da área do domicílio do utente relativamente à unidade ou equipa e sempre que possível ter em consideração a sua preferência.

Artigo 21.º

Processo de admissão nas unidades e equipas

1 — A admissão de utentes nas unidades e equipas é precedida de proposta de referenciação dos profissionais de saúde dos hospitais e dos cuidados de saúde primários.

2 — A ECR determina, no prazo de um dia útil, a alocação de vaga do utente em unidade ou equipa da RNCCI, na medida dos recursos e vagas existentes.

3 — A admissão na unidade ou equipa da RNCCI efetiva-se no prazo de um dia útil.

4 — Para efeitos de admissão nas unidades de internamento e equipas domiciliárias é necessário obter o prévio consentimento informado por parte do utente, ou do seu representante legal.

5 — Para além do documento referido no número anterior, a admissão nas unidades de internamento de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção e de ambulatório, carece ainda da assinatura do termo de aceitação das situações de participação do utente, e da tomada de conhecimento da necessidade da celebração de contrato de prestação de serviços, no momento da admissão, em conformidade com a legislação aplicável.

6 — As unidades e equipas prestadoras não podem recusar a admissão do utente após a validação da ECL.

7 — [Revogado].

CAPÍTULO VI

Continuidade de cuidados integrados, prorrogação, mobilidade e alta

Artigo 22.º

Continuidade da prestação de cuidados

1 — Para a concretização dos objetivos terapêuticos, a continuidade da prestação de cuidados a cada utente deve

ser reavaliada quinzenal ou mensalmente pela unidade, conforme se trate de unidade de convalescença ou de média duração e reabilitação, e trimestralmente, na unidade de longa duração e manutenção e mensalmente na unidade de ambulatório e nas equipas domiciliárias, salvaguardando-se sempre nas diferentes tipologias as eventuais avaliações intercalares que sejam necessárias.

2 — Nas situações em que os utentes internados em unidades da RNCCI careçam de cuidados em hospital integrado no SNS, por período superior a 24 horas, pode ocorrer reserva de lugar por um período de oito dias, contando os dias de reserva para a determinação da taxa de ocupação da unidade.

3 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, em situações excecionais devidamente comprovadas e justificadas do ponto de vista clínico, o período de oito dias de reserva de lugar pode ser alargado até ao máximo de doze dias, com autorização da respetiva ECL.

Artigo 23.º

Procedimentos de prorrogação, mobilidade e alta

1 — Sempre que esgotados os prazos de internamento fixados no artigo 19.º, e se não atingidos os objetivos terapêuticos, pode haver lugar a pedido de prorrogação do internamento do utente ou pode haver necessidade de mobilidade do mesmo para outra unidade de internamento mais adequada à melhoria ou recuperação da sua situação clínica e social.

2 — Para efeitos de prorrogação do internamento, a unidade elabora proposta fundamentada, até 5 dias antes do período de internamento máximo previsto para a unidade da RNCCI, que submete a autorização da ECR.

3 — A ECL assegura, sob prévia autorização da ECR, sempre que excedido o período de internamento máximo previsto para a unidade da RNCCI e após reavaliação da situação a continuidade do utente na respetiva unidade.

4 — Sempre que considerada a necessidade de mobilidade por transferência do utente, deve a unidade ou equipa elaborar proposta fundamentada à ECL da área de influência da unidade para respetiva validação.

5 — A mobilidade por transferência do utente deve ter em consideração o critério de proximidade ao domicílio deste, sendo prioritária em relação aos utentes em lista de espera para admissão na RNCCI.

6 — Para efeitos do disposto no número anterior, e caso não haja coincidência entre o domicílio do utente e a área geográfica da unidade ou equipa, compete à ECL da área da unidade articular-se com a competente ECR com vista à observância do critério de proximidade.

7 — Os utentes internados em unidade, quando agudizam e carecem de cuidados em hospital integrado no SNS, por período temporal superior ao determinado nos n.ºs 2 e 3 do artigo anterior, beneficiam de prioridade na readmissão na RNCCI.

8 — A preparação da alta deve ser iniciada com uma antecedência que permita encontrar a solução mais adequada à necessidade de continuidade de cuidados, pressupondo a necessária articulação entre a unidade e as ECL competentes.

CAPÍTULO VII

Adesão à RNCCI

Artigo 24.º

Pedido de adesão

1 — O pedido de adesão, por parte das entidades promotoras e gestoras previstas no n.º 1 do artigo 36.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, que ainda não integrem a RNCCI, formaliza-se mediante preenchimento do formulário constante do anexo V à presente portaria que dela faz parte integrante, disponível no sítio da internet da ARS e do ISS, I. P.

2 — O formulário a que se refere o número anterior deve ser devidamente preenchido e assinado por quem tenha competência para o ato nos termos legais e entregue na ARS competente.

Artigo 25.º

Processo de adesão à RNCCI

1 — Instruído o pedido de adesão, a ECR competente aprecia e emite parecer, no prazo máximo de dez dias úteis contados da receção do pedido, tendo em conta o seguinte:

a) Cobertura territorial de acordo com os rácios definidos, pelos organismos competentes, para cada uma das tipologias da RNCCI;

b) Adequabilidade da intervenção proposta face ao disposto no presente diploma;

c) Existência de cobertura orçamental.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, a ECR deve obrigatoriamente promover a participação dos competentes serviços da ARS e do ISS, I.P nas decisões a tomar.

3 — Na sequência da emissão de parecer favorável, deve a entidade promotora e gestora na RNCCI proceder à entrega dos seguintes documentos:

a) Planta de localização;

b) Planta de implantação do/s edifício/s;

c) Planta de todos os pisos onde se localiza a unidade, incluindo os espaços partilhados, com indicação dos equipamentos;

d) Estudo prévio de arquitetura e das especialidades de engenharia com escala tecnicamente adequada, nos termos da legislação em vigor.

Artigo 26.º

Parecer prévio à decisão

1 — Após a construção de raiz ou de ampliação ou remodelação para tipologias da RNCCI, são confirmadas as condições de instalação em visita técnica final, sendo a entidade promotora notificada para apresentar à ECR, no prazo de trinta dias úteis, a contar da respetiva notificação, os seguintes documentos:

a) Comprovativo da segurança contra incêndios em edifícios emitido pela Autoridade Nacional de Proteção Civil, que tenha em consideração eventuais obras de remodelação e ou reconversão do edificado para nova utilização-tipo ou nova categoria de risco;

b) Telas finais dos projetos de arquitetura e especialidades de engenharia;

c) Licença(s) de estabelecimento para instalações elétricas do tipo A e ou B, nos termos da legislação em vigor;

d) Certificado de exploração para instalações elétricas do tipo C, se aplicável nos termos da legislação em vigor;

e) Declaração do técnico responsável pela exploração das instalações elétricas e último relatório de inspeção desse técnico, para instalações elétricas que carecem de técnico responsável pela exploração, nos termos da legislação em vigor;

f) Relatório de vistoria anual, para instalações que dispensam a existência de um técnico responsável pela exploração, nos termos da legislação em vigor;

g) Certificação dos ascensores, se aplicável nos termos da legislação em vigor;

h) Cópia do contrato de manutenção dos aparelhos elevadores, se aplicável nos termos da legislação em vigor;

i) Autorização de utilização emitida pela Câmara Municipal competente, com identificação do uso a que se destina;

j) Comprovativo do controlo sanitário da água, caso existam depósitos de reserva de água para consumo humano;

k) Certificação energética das instalações de climatização;

l) Termo de responsabilidade, passado por entidade credenciada, atestando a conformidade da instalação da Rede de Gases Medicinais e do Sistema de Aspiração/Vácuo com as normas e legislação portuguesas e as normas e diretivas europeias aplicáveis bem como da certificação dos materiais utilizados na instalação da rede de gases medicinais e de aspiração/vácuo, nos termos do modelo constante do anexo VI à presente portaria que dela faz parte integrante, disponível no sítio da Internet da ARS, acompanhado de documento comprovativo da certificação da entidade instaladora.

2 — A ECR emite parecer final sobre a viabilidade da adesão à RNCCI, no prazo de trinta dias úteis, a contar da data da receção dos respetivos documentos.

3 — Do parecer a que se refere o número anterior deve constar:

a) Elementos relativos à unidade e equipa prestadora;

b) Elementos relativos à entidade promotora e gestora;

c) Identificação da tipologia e rácios previstos na área geográfica;

d) Data de entrada do formulário;

e) Procedimentos efetuados, incluindo a menção da interrupção dos prazos, no caso de pedido de elementos/aperfeiçoamentos;

f) Avaliação das condições de funcionamento;

g) Avaliação das instalações da unidade nas vertentes de arquitetura, instalações e equipamentos elétricos, instalações e equipamentos de águas e esgotos e instalações e equipamentos mecânicos;

h) Direção Técnica e Mapa de Pessoal;

i) Conclusão devidamente fundamentada.

4 — A ECR deve obrigatoriamente promover a participação nas decisões a tomar dos competentes serviços da ARS e do ISS, I. P., sempre que estejam em causa pareceres ou decisões acerca de unidades de média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e de ambulatório.

Artigo 27.º

Decisão

1 — A decisão sobre a adesão à RNCCI compete ao Conselho Diretivo da ARS territorialmente competente, salvo o disposto no número seguinte.

2 — Quando se trate de unidades de internamento de média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e de ambulatório, a decisão sobre a adesão à RNCCI compete, ainda ao Conselho Diretivo do ISS, I. P.

3 — O prazo para decisão sobre adesão à RNCCI é de 15 dias úteis, contados da data da emissão do parecer final referido no n.º 2 do artigo anterior.

Artigo 28.º

Celebração de contrato

1 — A adesão formaliza-se com a celebração de contrato, em modelo próprio a aprovar pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, celebrado entre a entidade promotora e gestora, a ARS, salvo o disposto no número seguinte.

2 — Quando se trate de unidades de internamento de média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e de ambulatório, o contrato referido no número anterior é também celebrado com o CDist do ISS, I. P.

3 — Não é admitida a subcontratação, salvo em casos excecionais devidamente fundamentados e sujeitos à prévia aprovação da ARS e do CDist do ISS, I. P.

CAPÍTULO VIII

Avaliação e sistemas de informação

Artigo 29.º

Monitorização, avaliação e auditorias

1 — O funcionamento e a qualidade dos cuidados e serviços prestados, os processos realizados, os resultados obtidos, e a articulação das unidades com outros recursos de saúde e ou sociais, estão sujeitos a uma avaliação periódica, sem prejuízo dos processos internos de melhoria contínua no âmbito da respetiva gestão da qualidade.

2 — As unidades podem ser sujeitas a auditorias técnicas e financeiras pelos competentes serviços dos Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, no âmbito das suas atribuições, que para o efeito poderão recorrer a serviços externos.

3 — Para efeitos do disposto, no número anterior as unidades devem facultar o acesso às instalações e à documentação tida por pertinente pelas equipas auditoras.

4 — As auditorias referidas no n.º 2 devem ser efetuadas de forma conjunta e articulada entre os serviços competentes dos Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.

5 — As auditorias referentes a matérias de infraestruturas deverão ser levadas a cabo exclusivamente pela Entidade Reguladora da Saúde.

6 — No âmbito da avaliação periódica referida no n.º 1, podem, ainda, as unidades ser objeto de estudos que visem a avaliação da satisfação dos utentes, a realizar em articulação com as entidades promotoras e gestoras.

Artigo 30.º

Suportes de informação

1 — As unidades procedem ao registo dos dados necessários à referência e monitorização evolutiva e de resultados mediante o preenchimento dos formulários e módulos disponíveis, na plataforma informática da RNCCI.

2 — É garantido às unidades e equipas o acesso a um conjunto de indicadores organizacionais e de gestão clínica, anualmente definidos pela ACSS, I. P. e pelo ISS, I. P.

3 — É garantido igualmente a ligação das plataformas de informação clínica das entidades promotoras e gestoras a custos das mesmas com a plataforma informática da RNCCI para a recolha da informação que se entenda necessária e suficiente à gestão da RNCCI, no estrito cumprimento da Lei de proteção de dados pessoais

4 — A gestão de acessos à plataforma informática da RNCCI é da responsabilidade da ACSS.

CAPÍTULO IX

Coordenação da RNCCI

Artigo 31.º

Coordenação Nacional

A RNCCI é coordenada pela ACSS, IP à qual compete promover a articulação com os organismos competentes dos Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.

Artigo 32.º

Coordenação Regional

1 — A coordenação a nível regional é assegurada por cinco ECR, constituídas de modo multidisciplinar, integrando representantes das ARS e dos CDists do ISS, I. P., designados por três anos, renováveis, respetivamente, pelo Conselho Diretivo das ARS e pelo Conselho Diretivo do ISS, I. P.

2 — Cada ECR deve integrar, no mínimo, da área da saúde, um médico, um enfermeiro e um assistente técnico e, da área social, um técnico superior podendo ainda integrar outros profissionais sempre que o volume e a complexidade da atividade o justifiquem.

3 — A ECR é dimensionada em função das necessidades e dos recursos existentes e constituída por profissionais com conhecimentos e experiência nas áreas de planeamento, gestão e avaliação, que exercem as suas funções em regime de tempo completo.

4 — Quando em função da dimensão da área de intervenção não for possível ou adequado que todos os profissionais exerçam funções em regime de tempo completo, devem ser fixados horários ajustados que garantam o normal funcionamento da(s) equipa(s), os quais deverão expressamente constar em regulamento interno.

5 — A coordenação da ECR é assegurada por um profissional nomeado pela ARS territorialmente competente.

6 — Os profissionais que integram as ECR não podem ser, simultaneamente, prestadores de cuidados no âmbito da Rede.

7 — As ECR atuam numa base regional, tendo por referência a área de influência da ARS.

8 — As competências das ECR estão definidas no artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, com

a redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho.

Artigo 33.º

Funcionamento das ECR

1 — O modo de funcionamento das ECR consta de regulamento interno, que é elaborado no primeiro mês de funcionamento, e aprovado pelo Conselho Diretivo da ARS e pelo Conselho Diretivo do ISS, I. P. com conhecimento da coordenação nacional.

2 — Do regulamento interno das ECR deve constar, designadamente:

- a) Local e horário de funcionamento;
- b) Periodicidade das reuniões;
- c) Prazos para apresentação de planos e relatórios de atividades;
- d) Composição da ECR e regime de afetação dos profissionais que a constituem;
- e) Processo de substituição do coordenador nas suas ausências ou impedimentos;
- f) Processos de articulação com as equipas coordenadoras aos níveis nacional e local;
- g) Instrumentos de monitorização e controlo da atividade e da qualidade dos processos e de controlo dos resultados das unidades e equipas da Rede, de acordo com as orientações da coordenação nacional.

3 — As ECR estão sedeadas nas instalações das ARS que asseguram os meios necessários ao desempenho das suas competências e atribuições.

Artigo 34.º

Coordenação Local

1 — A coordenação a nível local, é assegurada pelas ECL, constituídas de modo multidisciplinar, integrando, no mínimo, da área da saúde, um/a médico/a e um/a enfermeiro/a, e, da área social, um técnico superior e, sempre que necessário, um/a técnico/a das autarquias locais, designado pelo(s) presidente(s) de Câmara Municipal, podendo ainda integrar outros profissionais sempre que o volume e a complexidade da atividade o justifiquem.

2 — Os elementos que constituem as ECL são designados, consoante as áreas de intervenção, pelo Conselho Diretivo da ARS, sob proposta do Diretor Executivo do ACES ou do Conselho de Administração da ULS, e pelo Conselho Diretivo do ISS, I. P. sob proposta dos Diretores dos CDists do ISS, I. P. por um período de três anos, renovável.

3 — A coordenação da ECL é assegurada por um profissional de saúde nomeado pelo Conselho Diretivo da ARS territorialmente competente sob proposta do Diretor Executivo do ACES, ouvido o Coordenador da UCC, ou do Conselho de Administração da ULS.

4 — Os elementos da ECL exercem as suas funções em regime de tempo completo.

5 — Quando em função da dimensão da área de intervenção não for possível ou adequado que todos os profissionais exerçam funções em regime de tempo completo, devem ser fixados horários ajustados que garantam o normal funcionamento da (s) equipa (s), os quais deverão expressamente constar em regulamento interno.

6 — Os elementos da ECL não podem ser, simultaneamente, prestadores de cuidados no âmbito da RNCCI, com ressalva dos casos em que a entidade promotora e gestora tenha natureza pública.

7 — É criada, no mínimo, uma ECL, para efeito de coordenação operativa da RNCCI, em cada ACES, e em cada Unidade Local de Saúde, que não tenha ACES constituído, coincidindo com as respetivas áreas de influência.

8 — As competências das ECL estão definidas no artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho.

Artigo 35.º

Funcionamento das ECL

1 — O modo de funcionamento das ECL consta de regulamento interno, que é aprovado pelo Diretor Executivo do ACES/ULS, submetido à apreciação da ECR que emite parecer vinculativo, que contém, designadamente, os seguintes elementos:

- a) Local e horário de funcionamento;
- b) Periodicidade das reuniões, no mínimo semanal;
- c) Prazos para a apresentação, à ECR, de planos de ação anuais, e relatórios de execução;
- d) Composição da ECL e regime de afetação dos profissionais que a constituem;
- e) Processo de substituição do coordenador nas suas ausências ou impedimentos;
- f) Processos de articulação com a ECR;
- g) Instrumentos de monitorização e controlo da atividade e da qualidade dos processos e de controlo dos resultados das unidades e equipas, de acordo com as orientações da coordenação regional e nacional.

2 — As ECL estão sedeadas nas instalações dos ACES que asseguram os meios necessários para o desempenho das suas competências e atribuições.

CAPÍTULO X

Disposições transitórias e finais

Artigo 36.º

Autorização de funcionamento

1 — Até à entrada em vigor do regime jurídico do licenciamento para as unidades da RNCCI, a competência para a emissão da autorização de funcionamento cabe à Entidade Reguladora da Saúde, mediante parecer prévio da ECR, que contenha despacho favorável da ARS, I. P., e do Centro Distrital do ISS, I. P., de acordo com o modelo constante do anexo III à presente portaria.

2 — Decorridos 45 dias sem que a ERS emita autorização de funcionamento, esta considera-se tacitamente deferida, a título provisório, até à emissão da autorização de funcionamento pela Entidade Reguladora da Saúde, nos termos previstos no número anterior.

3 — Da autorização referida no n.º 1 consta a lotação máxima de cada uma das unidades.

4 — Aos lugares que podem ser geridos pelas entidades promotoras e gestoras de forma autónoma não é aplicável o disposto nos Capítulos V e VI do presente diploma.

Artigo 37.º

Adequação

1 — As unidades que, à data da entrada em vigor do presente diploma, integram a RNCCI, devem adequar-se

às condições nelas previstas, desde que os espaços físicos existentes permitam as adaptações necessárias.

2 — Não é aplicável o disposto no número anterior às unidades que foram beneficiárias de apoio financeiro ao abrigo do Programa Modelar I e II, bem como as unidades que integraram as Experiências Piloto de 2006.

3 — Após as vistorias, as entidades competentes devem elaborar relatório final sobre a adequação das instalações aos requisitos técnicos constantes dos programas funcionais anexos à presente portaria e que dela fazem parte integrante, bem como identificar as alterações necessárias a realizar, se tal for possível e financeiramente razoável.

Artigo 38.º

Norma revogatória

São revogados:

a) Os números 2, 3 e 14 e o Anexo I da Portaria n.º 1087-A/2007, de 5 de setembro;

b) O Despacho n.º 19040/2006, dos Secretários de Estado da Segurança Social e Adjunta e da Saúde, de 19 de setembro;

c) O Despacho n.º 6359/2011, das Ministras do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, de 13 de abril;

d) Os números 2, 3 e 4 do Despacho n.º 7968/2011, da Ministra da Saúde, de 2 de junho.

Artigo 39.º

Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no primeiro dia útil do mês subsequente ao da sua publicação.

ANEXO I

RNCCI — Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Unidades de internamento de convalescença, de média duração e reabilitação, e de longa duração e manutenção

1 — Arquitetura

Os requisitos técnicos seguintes são complementares aos dos regulamentos técnicos legais, de arquitetura, com os quais as instalações das unidades também terão de estar conformes, de acordo com a legislação aplicável.

1.1 — Programa funcional tipo: (especificações mínimas)

Nota prévia:

As instalações referidas de seguida são consideradas por módulos 30 camas e por piso de internamento.

Nas situações em que coexista mais do que uma tipologia de resposta da RNCCI permite-se, quando possível, no mesmo edifício a utilização comum dos espaços de apoio pelas diferentes tipologias sempre que dessa utilização não advier prejuízo para a qualidade dos cuidados prestados ao utente, nomeadamente, receção, atendimento, I.S. de visitantes, gabinete de direção, secretariado, gabinete de atendimento, copa, refeitório, sala de convívio, banho assistido, gabinete médico/de enfermagem, área de medicina física e de reabilitação, área de pessoal, área de logística e depósito de cadáveres.

Os espaços de utilização comum com outras tipologias devem ser objeto de acréscimo proporcional de área, sempre que tal se justifique, permitindo desse modo o adequado exercício das atividades da Unidade, sem constrangimentos de área útil.

Nestas unidades de internamento os quartos podem ser individuais, duplos ou triplos, sendo que, pelo menos 15 % (arredondamento por defeito) correspondem a quartos individuais e 20 % correspondem a quartos triplos.

Designação	Função do compartimento	Área útil (mínima) m ²	Largura (mínima) m	Obs.
Área de receção				
Átrio		-	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais.
Posto de atendimento		-	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais.
IS de visitantes		5 a)	-	Receção de visitas e encaminhamento. Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais. a) Mínimo uma, adaptada a pessoas com mobilidade condicionada.
Área de direção e administrativa				
Gabinete da Direção	Gestão da unidade	-	-	Opcional. Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais.
Sala de secretariado	Zona de atividade administrativa e de arquivo clínico.	-	-	Opcional. Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais.
Área de atendimento social				
Gabinete de atendimento	Atendimento a familiares	12		Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais.

Designação	Função do compartimento	Área útil (mínima) m²	Largura (mínima) m	Obs.
Área de refeições, de convívio e de atividades				
Copa	Apoio à área de internamento Receção e conferência de dietas. Preparação de refeições ligeiras.	8	-	Com tina de bancada.
Refeitório	Sala de refeições	2 m² por utente (para utilização, em simultâneo, no mínimo de 50 % dos utentes).	-	Pode ser comum a outras unidades. Pode ser sala única, adequadamente dividida, ou várias salas perfazendo no total a área estabelecida. Com lavatório.
Sala de convívio/atividades	Sala para convívio de doentes e familiares.	2 m² por utente (para utilização, em simultâneo, no mínimo de 80 % dos utentes).	-	Pode ser comum a outras unidades. Pode ser sala única, adequadamente dividida, ou várias salas perfazendo no total a área estabelecida.
IS associadas		5 a)	2,2 -	a) Devem ser previstas duas IS separadas por sexos, adaptadas a pessoas com mobilidade condicionada.
Cabeleireiro/Podólogo		-	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais. Pode ser um serviço contratado. Com pontos de água e esgoto.
Área de quartos e higiene pessoal				
Quarto	Com 1 cama	12	3,5	O corredor interior de acesso à I.S. do quarto não conta para a área útil do mesmo. Pelo menos 15 % dos quartos da unidade são individuais. Acesso privativo do quarto, adaptada a pessoas com mobilidade condicionada e com zona de duche com ralo no pavimento. Com uma área livre correspondente à de um círculo de 1,5 m de diâmetro.
	Com 2 camas (no máximo)	18	3,5	
	Com 3 camas (no máximo)	24	3,5	
IS de cada quarto		5	2,2	Deve ter, preferencialmente, localização central na unidade de internamento. Podem ser comuns a outras tipologias de unidades/respostas sociais. Com sanita e lavatório.
Banho assistido	Banho assistido de doentes	10	2,8	
Área médica e de enfermagem				
Posto de enfermagem	Com zonas de armazenamento, de preparação de medicação e de registos.	12	-	Deve ter localização central na área de internamento. A zona de registos deve permitir a visualização da circulação na unidade. Equipada com tina e torneira de comando não manual.
Sala de observação/tratamentos	Trabalho clínico, pensos e outros tratamentos.	16	3,5	Equipada com lavatório e torneira de comando não manual.
Gabinete médico/de enfermagem		12	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Deve ter lavatório e torneira de comando não manual.
Área de medicina física e reabilitação				
Ginásio/fisioterapia Terapia ocupacional.	Desenvolvimento de atividades de reabilitação e ocupacionais.	50	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais. Pode ser sala única, adequadamente dividida, ou serem várias salas.
Eletroterapia. Tratamentos com parafina e parafango.	Com zona individualizada para tratamentos de parafina e parafango.	20	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais.

Designação	Função do compartimento	Área útil (mínima) m²	Largura (mínima) m	Obs.
Terapia da fala	Tratamentos para reabilitação da fala.	12	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais.
IS associadas		5 a)	2,2	a) Duas IS separadas por sexos e uma outra adaptada a pessoas com mobilidade condicionada.
Área de pessoal				
Sala de trabalho multidisciplinar	Trabalho de profissionais da unidade, reuniões e pausa.	14	-	Deve ter localização próxima do posto de enfermagem. Podem ser comuns a outras tipologias de unidades/respostas sociais.
Vestíários de pessoal	Com zona de cacifos, IS associadas e chuveiros.	-	-	Podem ser comuns a outras tipologias de unidades/respostas sociais. Separados por sexos.
Área de logística (Pode ser comum a outras unidades/valências)				
Zona de material clínico.	Arrumação de material clínico	-	-	Possibilidade de arrumação em armário/estante/carro.
Zona de material de consumos	Arrumação de material de consumo.	-	-	Possibilidade de arrumação em armário/estante/carro.
Zona de roupa limpa	Arrumação de roupa limpa	-	-	Possibilidade de arrumação em armário/estante/carro.
Sala de equipamento de limpeza	Arrumação de material e carro de limpeza.	4	-	Equipada com lavatório e pia de despejo com torneira, ponto de água com sistema de chuveiro para higienização de equipamento.
Sala de desinfecção	Para lavagem e desinfecção de material clínico.	4	-	Opcional. Equipada com tina de lavagem e torneira de comando não manual.
Sala de lavagem e desinfecção de arrastadeiras.		-	-	Equipada com lavatório e pia de despejos. Dispensável quando na unidade existirem apenas arrastadeiras descartáveis.
Sala de sujos.	Para arrumação temporária de sacos de roupa suja, sacos de resíduos e para despejos.	4	-	Possibilidade de existência de sala única que reúna as funções de Sala de equipamento de limpeza e Sala de sujos e despejos. Equipada com lavatório e pia de despejos com torneira, com sistema de chuveiro para higienização de equipamento.
Casa mortuária				
Depósito de cadáveres	Para depósito temporário de cadáveres.	10	-	Deve existir, no mínimo, uma por unidade (no sentido de edifício). Com lavatório e torneira de comando não manual.

Áreas complementares (os serviços podem ser contratados)

Os requisitos técnicos das áreas complementares de esterilização, cozinha e lavandaria são os que se encontram previstos nos normativos legais e regulamentares em vigor aplicáveis a estas áreas funcionais.

As respetivas áreas podem ser comuns a outras unidades/valências.

1.2 — Outros requisitos de arquitetura:

Todos os corredores destinados à circulação de camas devem ter o mínimo de 2,00 m úteis de largura. Em casos excecionais de edifícios cuja estrutura não permita adaptação a este requisito, admite-se que os corredores destinados à circulação de camas possam ter o mínimo de 1,40 m úteis de largura, devendo ser previstas bolsas

de alargamento com 2,00 m de largura útil à entrada dos quartos para cruzamento de duas camas.

Não são permitidas rampas nem degraus nas circulações horizontais do interior do edifício.

Nos quartos com mais de uma cama, a distância entre camas deve ser, no mínimo de 0,90 m. A distância entre uma das camas e a parede lateral deve ser, no mínimo de 0,60 m. Deve também ser considerada uma área livre na qual se inscreva um círculo de 1,50 m de diâmetro, entre a outra cama e a parede lateral.

Os quartos individuais de 18 m² já existentes em unidades de internamento e construídos em cumprimento dos programas funcionais aprovados ao abrigo do programa modelar I e II, podem ser readaptados a quartos duplos desde que se respeite a percentagem de 15 %, no mínimo, para quartos individuais.

Os quartos têm de ter iluminação e ventilação naturais e equipamento que permita o seu completo obscurecimento.

Sempre que a unidade de cuidados continuados tiver um desenvolvimento superior a um piso deve haver uma escada principal com uma largura não inferior a 1,40 m e pelo menos outra de serviço, com exceção para pisos com acesso de nível ao exterior.

As portas dos quartos, salas de observação/tratamento e banhos assistidos devem ter o mínimo de 1,10 m de largura útil.

Todas as instalações sanitárias de doentes devem ser acessíveis por pessoas com mobilidade condicionada. Os acessos às instalações sanitárias não devem devassar os locais de circulação dos utentes e do pessoal.

As instalações sanitárias devem ser privativas por cada quarto. Excetua-se a zona de duche que pode ser partilhada por cada 2 quartos, salvaguardada a devida privacidade.

Nas instalações sanitárias, as portas devem abrir para fora sem criar conflitos de circulação ou ser de correr pelo exterior da parede, por questões de higienização. Todas as fechaduras devem ser comandadas pelo exterior por intermédio de chave mestra. Os puxadores das portas devem ser de manípulo e as fechaduras devem permitir a abertura pelo interior e pelo exterior.

Deve ser sempre garantido um percurso interior desde a unidade de internamento até às instalações da área de medicina física e de reabilitação.

Devem ser previstos dispensadores de desinfetante nos quartos, para a desinfecção das mãos dos profissionais (sendo dispensável a existência de lavatórios; a lavagem de mãos poderá ser feita na IS).

Em todos os gabinetes onde haja prestação de cuidados a doentes deve ser instalado lavatório com torneira de comando não manual.

Caso a unidade se situe a um nível diferente do piso de entrada, deve existir monta-camas com as dimensões mínimas de 2,40 x 1,40 x 2,30 m (comprimento x largura x altura), com porta automática de 1,30 m de abertura útil e altura livre de passagem de 2,10 m.

Em caso de impossibilidade de instalação do previsto no ponto anterior, admite-se a instalação de monta-macas, com as dimensões mínimas de 2,10 x 1,30 x 2,20 m (comprimento x largura x altura), com porta automática de 1,20 m de abertura útil e altura livre de passagem de 2,0 m.

2 — Especialidades de engenharia

Os requisitos técnicos seguintes são complementares aos dos regulamentos técnicos legais, de engenharia, e aos das normas técnicas comunitárias aplicáveis a cada uma das respetivas especialidades, com os quais as instalações das unidades também terão de estar conformes.

2.1 — Instalações e equipamentos elétricos:

Devem seguir-se as disposições regulamentares prescritas pela Portaria n.º 949-A/2006, de 11 de setembro, RTIEBT (Regras Técnicas de Instalações Elétricas de Baixa Tensão), nomeadamente em termos de segurança de pessoas e bens. Concretamente, devem ser implementadas as seguintes funcionalidades, sistemas, ou equipamentos:

2.1.1 — Instalação de um grupo eletrogéneo para efeitos de assegurar a alimentação de socorro ou de substituição, cujo objetivo é o de providenciar alimentação elétrica destinada a manter em funcionamento a

instalação ou partes desta, em caso de falta da alimentação normal. Os equipamentos essenciais à segurança das pessoas devem ser alimentados por uma fonte de segurança ou de emergência, que não deve ser usada para outros fins, caso seja única. Desta forma, poderão coexistir, na mesma instalação, dois grupos eletrogéneos: um destinado à alimentação de socorro e outro, caso seja essa a opção do projetista, destinado aos circuitos de segurança ou de emergência;¹

2.1.2 — As camas devem dispor de um sistema acústico-luminoso que assegure a chamada de enfermeira ou outro pessoal de serviço pelos doentes. Este sistema deve satisfazer às seguintes condições:

a) Incorporar um dispositivo de chamada e um sinalizador luminoso de confirmação de chamada localizado junto à cabeceira da cama ou em local visível pelo doente. O cancelamento da chamada só poderá ser efetuado no próprio compartimento onde se realizou a chamada. A chamada é assinalada por sinalização luminosa junto à porta de entrada da enfermaria ou quarto e no posto de enfermeira com sinal acústico e luminoso;

b) Possibilitar a transferência de chamadas para o local onde se encontre a enfermeira e a realização de chamadas de emergência;

c) Os demais compartimentos a que o doente tenha acesso, designadamente casas de banho, sanitários, refeitório e salas de estar, devem ser abrangidos pelo sistema de chamada de enfermeira;

d) O sistema deve ser considerado uma instalação de segurança.

2.1.3 — Todos os compartimentos devem dispor do número de tomadas de energia necessárias à ligação individual de todos os equipamentos cuja utilização simultânea esteja prevista (um equipamento por tomada) mais uma tomada adicional para equipamento de limpeza;

2.1.4 — Todos os compartimentos onde potencialmente possa ser utilizado equipamento telefónico ou informático, devem dispor de uma tomada dupla por cada 10/12 m² de superfície, com um mínimo de uma tomada dupla por cada posto de trabalho ou equipamento dedicado;

2.1.5 — Todos os ascensores, quando existentes, devem dispor das condições para se movimentarem até ao piso de entrada em caso de falha de energia elétrica. Pelo menos um ascensor com capacidade para transporte de camas deve manter-se em funcionamento com alimentação de socorro;

2.1.6 — Recomenda-se a alimentação de todos os circuitos de iluminação pelo setor de socorro, na sua totalidade ou parcialmente, segundo critérios devidamente fundamentados no projeto da especialidade de Eletrotecnia. Recomenda-se, também, a adoção, na iluminação interior, das orientações constantes da Norma ISO 8995 CIE S 008/E de 15/05/2003, contendo as especificações da «*Commission Internationale de L'Éclairage*» sobre os níveis de iluminação e respetiva uniformidade em estabelecimentos de saúde, bem como sobre a capacidade de restituição de cores das fontes luminosas a utilizar e sobre a prevenção do desconforto visual;

2.1.7 — Além das instalações de iluminação de segurança e de vigília prescritas nas regras supramencionadas, nos locais onde o paciente permaneça acamado deve

prever-se iluminação geral e iluminação de leitura ou de observação, à cabeceira da cama.

2.2 — Instalações e equipamentos mecânicos:

2.2.1 — Climatização

As instalações de climatização devem estar de acordo com a regulamentação em vigor.

Observações:

Nas salas de apoio com eventual produção de ambientes poluídos, devem ser aplicados sistemas de extração forçada de ar.

É obrigatório prever sistemas de extração generalizados. O sistema de «sujos» deve ser independente do de «limpos».

2.2.2 — Instalações de gases medicinais:

É obrigatória, em todas as unidades a existência de oxigénio, aspiração/vácuo, nomeadamente nos quartos, bem como nas salas de tratamento e, de preferência, também nas salas de convívio e nas salas de refeições.

Requisitos:

A central de vácuo deve ser fisicamente separada das restantes, com a extração do sistema situada a uma cota de, pelo menos, 3 m acima das admissões de ar próximas.

Se o ar comprimido respirável for produzido por compressores, a central deve de ser fisicamente separada das restantes.

Todas as centrais devem ter uma fonte primária, uma fonte secundária e uma fonte de reserva, de comutação automática

As tomadas devem ser de duplo fecho, não intermutáveis de fluido para fluido

A utilização do tubo de poliamida apenas pode ser permitido nas calhas técnicas, suportes de teto e colunas de teto, quando integrado pelo fabricante e desde que acompanhado dos respetivos certificados CE medicinal

2.2.3 — Instalações frigoríficas

Deve existir frigorífico de modelo laboratorial próprio para a conservação de medicamentos, certificado para o efeito, equipado com registador de temperatura e alarme.

¹ Em substituição do segundo grupo eletrogéneo com motor de combustão interna, poder-se-á recorrer a outro tipo de alimentação alternativa, tal como uma UPS — Unidade de Alimentação Ininterrupta, não havendo critério de obrigatoriedade neste aspeto, deixando-se margem para que, desde que tecnicamente bem fundamentada, seja utilizada uma ou outra solução.

ANEXO II

RNCCI — Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Unidades de dia e de promoção da autonomia

1 — Arquitetura

Os requisitos técnicos seguintes são complementares aos dos regulamentos técnicos legais, de arquitetura, com os quais as instalações das unidades também terão de estar conformes, de acordo com a legislação aplicável.

1.1 — Programa funcional tipo:

(especificações mínimas)

Nota prévia:

As instalações referidas de seguida são consideradas para um valor médio de 30 doentes, em cada dia, simultaneamente.

Nas situações em que coexista mais do que uma tipologia de resposta da RNCCI permite-se, quando possível, a utilização comum dos espaços pelas diferentes tipologias, ou estrutura residencial para pessoas idosas sempre que dessa utilização não advier prejuízo para a qualidade dos cuidados prestados ao utente, nomeadamente, receção, atendimento, I.S. de visitantes, gabinete de direção, secretariado, gabinete de atendimento, copa, refeitório, sala de convívio, banho assistido, gabinete médico/de enfermagem, área de medicina física e de reabilitação, área de pessoal, área de logística,

Presume-se que os 30 doentes estão distribuídos pelas zonas de medicina física e reabilitação, pela zona de atividades terapêuticas, pela zona médica /enfermagem e/ou pelo local de exercício/movimento. Os doentes poderão, complementarmente, ser objeto de apoio social, psicológico ou outros.

As unidades de dia e de promoção da autonomia devem estar, preferencialmente, acopladas a unidades de internamento de cuidados continuados integrados.

Devem ser previstos espaços não terapêuticos, para pausas, ou seja, para recreação, convívio e repouso, ao longo do dia.

As zonas referidas, podem coexistir com espaços preexistentes, na sua proximidade, de unidades de internamento.

Os compartimentos comuns a espaços preexistentes devem ser objeto de acréscimo proporcional de área, sempre que tal se justifique, permitindo desse modo o adequado exercício das atividades da UDPA, sem constrangimentos de área útil.

Designação	Função do compartimento	Área útil (mínima) m ²	Largura (mínima) m	Obs
Área de receção				
Átrio		-	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
Posto de atendimento		-	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
IS de acompanhantes		5 a)	-	Receção e encaminhamento. Pode ser comum a outras tipologias de unidades. a) Mínimo uma, adaptada a pessoas com mobilidade condicionada.

Designação	Função do compartimento	Área útil (mínima) m ²	Comprimento (mínima) m	Obs
Área de direção e administrativa				
Gabinete da Direção	Gestão da unidade	-	-	Opcional. Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades.
Sala de secretariado	Zona de atividade administrativa e de arquivo clínico.	-	-	Opcional. Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades.
Área de atendimento social				
Gabinete de atendimento	Atendimento a familiares	12	-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades.
Área de refeições, de convívio e de atividades				
Sala de estar/ recreação	Sala de estar de doentes e fami- liares.	2 m ² por utente (para utilização, em simul- tâneo, no mínimo de 80 % dos utentes).	-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades. Pode ser sala única, adequada- mente dividida, ou várias sala- s perfazendo no total a área estabelecida.
Sala (s) de refeições	Sala de refeições de doentes	2 m ² por utente (para utilização, em simul- tâneo de 50 % dos uteses).	-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades. Pode ser sala única, adequada- mente dividida, ou várias sala- s perfazendo no total a área estabelecida.
IS dos doentes		5 a)	-	Com lavatório. Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades. a) Devem ser previstas duas IS separadas por sexos, adapta- das a pessoas com mobilidade condicionada.
Área de vestiários, estética e higiene pessoal de utentes				
Vestiários de utentes.	Para mudança de roupa. Com cacifos e bancos.		-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades. Desenhado de forma a permitir a existência de uma área livre correspondente à de um cír- culo de 1,5 m de diâmetro.
Sala de cuidados de estética e higiene.	Cuidados pessoais de promoção da autoestima.	12	-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades. Deve ser dotado de ponto de água quente e água fria e esgoto.
Sala de banho	Banho acompanhado de utentes	10	2,8	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades. Com sanita e lavatório.
Área médica e de enfermagem				
Gabinete médico		12	-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades. Com lavatório e torneira de comando não manual.
Gabinete de Enfermagem. Sala de observação/tratamentos	Trabalho clínico, pensos e outros tratamentos.	16	-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades. Com lavatório com torneira de comando não manual.
Área de fisioterapia, atividades ocupacionais/atividades da vida diária (AVD) e de movimento em grupo				
Ginásio/Fisioterapia	Desenvolvimento de atividades físicas de reabilitação ou tra- tamentos individuais.	40	-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades. Pode ser sala única, adequada- mente dividida, ou várias salas.
Terapia ocupacional/Treino de AVD.	Desenvolvimento de atividades psicomotoras e/ou de estimu- lação e treino de AVD /auto- nomia.	40	-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades.
Ginásio /Movimento em grupo	Desenvolvimento de atividades de exercício em grupo, mo- bilidade geral e animação coletiva.	30	-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades. Pode ser sala única, adequada- mente dividida, ou várias salas.
Terapia da fala Reabilitação Cognitiva	Desenvolvimento de atividades de comunicação e capacidades intelectuais/ cognitivas.	12	-	Pode ser comum a outras tipolo- gias de unidades.

Designação	Função do compartimento	Área útil (mínima) m²	Largura (mínima) m	Obs
IS associadas		5 a)	-	a) Devem ser previstas duas IS separadas por sexos, adaptadas a pessoas com mobilidade condicionada.
Área de descanso ou relaxamento				
Sala de repouso	Com cadeirões reclináveis	12	3,5	3 m²/posto. Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
Área de pessoal				
Sala de trabalho multidisciplinar	Trabalho de profissionais da unidade, reuniões e pausa.	14	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
Vestiários de pessoal	Com zona de cacifos IS associadas e chuveiros.	-	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
Área de logística				
Zona de material clínico.	Arrumação de material clínico	-	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades Possibilidade de arrumação em armário.
Zona de material de consumo	Arrumação de material de consumo.	-	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Possibilidade de arrumação em armário.
Zona de roupa limpa	Arrumação de roupa limpa	-	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Possibilidade de arrumação em armário.
Sala de equipamento de limpeza	Arrumação de material e carro de limpeza.	4	-	Equipada com lavatório e pia de despejo com torneira, ponto de água com sistema de chuveiro para higienização de equipamento. Pode ser comum a outras unidades/valências.
Zona de lavagem e desinfecção de material clínico.	Lavagem e desinfecção de dispositivos médicos e terapêuticos	4	-	Opcional. Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Equipada com tina de lavagem e torneira de comando não manual.
Zona de armazenagem de resíduos.	Destinado ao armazenamento de sacos de resíduos.	-	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Equipada com lavatório, pia de despejos com torneira, ponto de água com sistema de chuveiro para higienização de equipamento.

Áreas complementares (os serviços podem ser contratados)

Os requisitos técnicos das áreas complementares de cozinha e lavandaria são os que se encontram previstos nos normativos legais e regulamentares em vigor aplicáveis a estas áreas funcionais.

As respetivas áreas podem ser comuns a outras unidades/valências.

1.2 — Outros requisitos de arquitetura:

Todos os corredores destinados à circulação de macas devem ter o mínimo de 2,00 m úteis de largura. Em casos excecionais de edifícios cuja estrutura não permita adaptação a este requisito, admite-se que possam ter o mínimo de 1,40 m úteis de largura, devendo ser previstas bolsas de alargamento com 2,00 m de largura útil para cruzamento de duas macas.

Não são permitidas rampas nem degraus nas circulações horizontais do interior do edifício.

Sempre que a unidade tiver um desenvolvimento superior a um piso deve haver uma escada principal com uma largura não inferior a 1,20 m e pelo menos outra

de serviço, com exceção para pisos com acesso de nível ao exterior.

As portas das salas de estar e de refeições, bem como as portas de todas as salas de tratamentos e terapia, devem ter o mínimo de 1,00 m de largura útil.

Nas instalações sanitárias, as portas devem abrir para fora sem criar conflitos de circulação ou ser de correr. Nestes casos, deverão deslizar pelo exterior da parede, por questões de higienização. Todas as fechaduras devem ser comandadas pelo exterior por intermédio de chave mestra. Os puxadores das portas devem ser de manípulo e as fechaduras devem permitir a abertura pelo interior e pelo exterior.

Deve ser sempre garantido um percurso interior desde a unidade de dia e promoção de autonomia até às instalações da área de medicina física e de reabilitação, se nestas forem realizadas as atividades da unidade de dia.

Em todos os gabinetes onde haja prestação de cuidados a doentes deve ser instalado lavatório com torneira de comando não manual.

Caso a unidade se situe a um nível diferente do piso de entrada, deve existir monta-macas, com as dimensões mínimas de 2,10 x 1,30 x 2,20 m (comprimento x largura

x altura), com porta automática de 1,20 m de abertura útil e altura livre de passagem de 2,0 m.

1.3 — Equipamento de transporte:

Deve ser prevista uma carrinha de serviço para o transporte de doentes. Este equipamento pode ser interno ou externo.

2 — Especialidades de engenharia

Os requisitos técnicos seguintes são complementares aos dos regulamentos técnicos legais, de engenharia, e aos das normas técnicas comunitárias aplicáveis a cada uma das respetivas especialidades, com os quais as instalações das unidades também terão de estar conformes.

Quando a Unidade de dia e de promoção da autonomia existir em conjunto com outra tipologia (unidades de internamento de média duração e reabilitação ou de longa duração e manutenção, devem ser seguidos os requisitos das especialidades de engenharia definidos para as tipologias referidas.

2.1 — Instalações e equipamentos elétricos:

Devem seguir-se as disposições regulamentares prescritas pela Portaria n.º 949-A/2006, de 11 de setembro, RTIEBT (Regras Técnicas de Instalações Elétricas de Baixa Tensão), nomeadamente em termos de segurança de pessoas e bens. Concretamente, devem ser implementadas as seguintes funcionalidades, sistemas, ou equipamentos:

2.1.1 — Instalação de um grupo eletrogéneo para efeitos de assegurar a alimentação de socorro ou de substituição, cujo objetivo é o de providenciar alimentação elétrica destinada a manter em funcionamento a instalação ou partes desta, em caso de falta da alimentação normal. Os equipamentos essenciais à segurança das pessoas devem ser alimentados por uma fonte de segurança ou de emergência, que não deve ser usada para outros fins, caso seja única. Desta forma, poderão coexistir, na mesma instalação, dois grupos eletrogéneos: um destinado à alimentação de socorro e outro, caso seja essa a opção do projetista, destinado aos circuitos de segurança ou de emergência;²

2.1.2 — Os compartimentos a que o doente tenha acesso, designadamente casas de banho, sanitários, refeitório e salas de estar, devem ser abrangidos pelo sistema de chamada de enfermeira. O sistema deve ser considerado uma instalação de segurança;

2.1.3 — Todos os compartimentos devem dispor do número de tomadas de energia necessárias à ligação individual de todos os equipamentos cuja utilização simultânea esteja prevista (um equipamento por tomada) mais uma tomada adicional para equipamento de limpeza;

2.1.4 — Todos os compartimentos onde potencialmente possa ser utilizado equipamento telefónico ou informático, devem dispor de uma tomada dupla por cada 10/12 m² de superfície, com um mínimo de uma tomada dupla por cada posto de trabalho ou equipamento dedicado;

2.1.5 — Todos os ascensores, quando existentes, devem dispor das condições para se movimentarem até ao piso de entrada em caso de falha de energia elétrica. Pelo menos um elevador com capacidade para transporte de camas deve manter-se em funcionamento com alimentação de socorro;

Recomenda-se a alimentação de todos os circuitos de iluminação pelo setor de socorro, na sua totalidade ou parcialmente, segundo critérios devidamente fundamentados no projeto da especialidade de Eletrotécnica. Recomenda-se, também, a adoção, na iluminação interior, das orientações constantes da Norma ISO 8995 CIE S 008/E de 15/05/2003, contendo as especificações da «*Commission Internationale de L'Éclairage*» sobre os níveis de iluminação e respetiva uniformidade em estabelecimentos de saúde, bem como sobre a capacidade de restituição de cores das fontes luminosas a utilizar e sobre a prevenção do desconforto visual.

2.2 — Instalações e equipamentos mecânicos:

2.2.1 — Climatização

As instalações de climatização devem estar de acordo com a regulamentação em vigor.

Observações:

Nas salas de apoio com eventual produção de ambientes poluídos, devem ser aplicados sistemas de extração forçada de ar.

É obrigatório prever sistemas de extração generalizados. O sistema de «sujos» deve ser independente do de «limpos».

2.2.2 — Instalações de gases medicinais:

Apenas é necessária a existência de garrafa de oxigénio portátil e de aparelho de aspiração portátil, numa proporção de 1 conjunto/10 utentes.

2.2.3 — Instalações frigoríficas

Deve existir frigorífico de modelo laboratorial próprio para a conservação de medicamentos, certificado para o efeito, equipado com registador de temperatura e alarme.

² Em substituição do segundo grupo eletrogéneo com motor de combustão interna, poder-se-á recorrer a outro tipo de alimentação alternativa, tal como uma UPS — Unidade de Alimentação Ininterrupta, não havendo critério de obrigatoriedade neste aspeto, deixando-se margem para que, desde que tecnicamente bem fundamentada, seja utilizada uma ou outra solução.

ANEXO III

Autorização de funcionamento

A Entidade Reguladora da Saúde declara que a unidade... (denominação da unidade), sita em..., código postal..., localidade..., Distrito de..., Concelho de..., Freguesia..., Telefone..., Fax..., com entidade promotora e gestora... (identificação da entidade), contratada para a prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social, em regime de internamento e ou em regime de ambulatório para unidade de... (identificar a tipologia de resposta), com lotação máxima de..., cumprem, à presente data, as condições de funcionamento nos termos estabelecidos na legislação aplicável.

Mais declaram que, qualquer alteração às condições de funcionamento objeto da presente autorização fica dependente de nova autorização que incidirá sobre as alterações obrigatoriamente comunicadas pela entidade promotora e gestora à Entidade Reguladora da Saúde.

..., de... de 20..

Entidade Reguladora da Saúde.

ANEXO IV

Recursos humanos recomendados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados (a)

Perfil Profissional	Unidade de Cursos	Unidade de Ensino Cívica e República	Unidade de Língua Portuguesa e Matemática	Unidade de Ciências Naturais (N)	Frequência
	Intervalo Semestral (S)				
Matrizes (inclui Matrizes Filiação)	451	25	20	20	presença diária
Psicologia	20	20	20	18	presença ao longo da semana
Diferenciação (inclui Concentração e especialização de finalidades)	460	350	400	320	presença permanente
Telecurso	180	30	20	20	presença diária
Aprendizado Social	40	40	40	18	presença ao longo de semana
Técnicas de Fala	2	0	0	0	presença ao longo de semana
Atividade Interdisciplinar	22	20	40	0	presença ao longo de semana
Matematizada	3	0	0	0	presença ao longo de semana
Formação Interdisciplinar	40	40	20	0	presença ao longo de semana
Processo Avaliativo	440	400	320	120	presença permanente

Projeto Profissional	Unidade de Dta e Promotora de	Frequência
	Atividade a)	
	Mesmo Semestre (s)	
Módulo (ou/los Módulos Realizados)	6	
Pré-lingua	30	pré-lingua (2008 2009)
Inferências	20	inferências (2008 2009)
Interferências	20	interferências (2008 2009)
Interferências Sociais	30	interferências (2008 2009)
Interferências Multic- culturais	40	interferências (2008 2009)
Tempos Desaparecidos	20	tempos (2008 2009)
Frequência Regular	120-6	frequência (2008 2009)

[†] Not Classified as Indicated by the AT Clinical Studies

(b) Considerar a seguinte lei ilícita, excluindo a possibilidade de lei Privada e Exceção ou de Exatidão:

[c] As letras maiúsculas correspondem ao mínimo recomendado de letras distintas por grupo profissional, sendo possível a flexibilidade das equações em caso de existir resto do que uma disciplina recomenda.

Id. M. L. Davidson, *de la norme juridique à l'interprétation*, dans *essays de philosophie du droit*, éd. M. L. Davidson, éd. de la Sorbonne, 1984, p. 107.

(d) Ministério do Meio Ambiente e Mudanças Climáticas, 2014, disponível em: http://www.mma.gov.br/images/stories/pdf/20140625_01.pdf.

(f) Distância a rejeitar em função da prova

ANEXO V

[illegible]

ANEXO VI

**Termo de responsabilidade por instalação do sistema
de distribuição de gases
medicinais e do sistema de aspiração/vácuo**

____ (nome, número de documento de identificação e morada), na qualidade de _____ (gerente, administrador,

procurador), com poderes de representação de ____ (denominação da entidade instaladora, credenciada para o efeito, número de identificação fiscal e sede), declara, sob compromisso de honra, que a sua representada:

a) Instalou na(s) Unidade(s) de Cuidados Continuados Integrados, sita(s) na _____ (*local de instalação completo*), o sistema de distribuição de gases medicinais e o sistema de aspiração/vácuo, compostos por _____ (*oxigénio, ar comprimido respirável, vácuo*), de acordo com as normas e legislação portuguesa e comunitária aplicáveis, designadamente e sem limitar, a Diretiva do Conselho n.º 93/42/CEE, de 14 de junho, e o Decreto-Lei n.º 273/95, de 23 de outubro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 30/2003, de 14 de fevereiro:

b) Que os dispositivos médicos instalados ostentam a respectiva Marcação CE e/ou certificação CE,

Pelo que assume toda a responsabilidade, civil e criminal, pela sua correta instalação e pela conformidade dos materiais utilizados.

Assinatura(s)

**TRABALHO, SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA
SOCIAL E PLANEAMENTO E DAS INFRAESTRUTURAS**

Portaria n.º 51/2017

de 2 de fevereiro

A Portaria n.º 190-B/2015, de 26 de junho, que aprova o regulamento geral do Fundo de Auxílio Europeu às Pessoas Mais Carentes (FEAC), bem como a regulamentação específica do Programa Operacional de Apoio às Pessoas Mais Carentes em Portugal (POAPMC), para o período compreendido entre 1 de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2020, operacionaliza o FEAC em algumas das matérias que exigem adaptações face à natureza própria deste Fundo, estabelecendo ainda regras especiais de aplicação, designadamente, no âmbito dos recursos e da programação, do acompanhamento, avaliação e informação, e do financiamento, pagamentos e sistema de informação.

Decorrido um período inicial de implementação do POAPMC, no qual se aplicaram transitoriamente regras do Programa Comunitário de Ajuda Alimentar a Carenciados (PCAAC), em cumprimento de normativos europeus, importa agora proceder a ajustamentos ao regulamento geral do FEAC e à regulamentação específica do POAPMC, de modo a adequar o modelo de implementação do FEAC aos seguintes objetivos principais:

a) Simplificar o modelo de governação FEAC, de forma a agilizar as decisões necessárias à operacionalização do POAPMC:

b) Proceder a um planejamento territorial da intervenção do POAPMC sustentado na identificação de necessidades, garantindo uma resposta de apoio alimentar aos cidadãos mais carenciados, em função do lugar onde residam, independentemente das respostas previamente existentes;

c) Adequar as obrigações das entidades parceiras, que procedem à distribuição dos bens alimentares no âmbito do POAPMC, às exigências acrescidas deste Programa,

TRABALHO, SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL E SAÚDE

Portaria n.º 249/2018

de 6 de setembro

O XXI Governo Constitucional no seu programa para a saúde estabelece como prioridade expandir e melhorar a integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Através da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, foram definidas as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório, as equipas de gestão de altas e as equipas domiciliárias que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Contudo, a experiência decorrente da aplicação dos referidos normativos revelou necessário introduzir ajustamentos relativos ao processo de referenciação, a introdução da classificação do grau de funcionalidade segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, alterações que foram materializadas com a publicação da Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro, que procedeu à segunda alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro.

Decorrido o primeiro ano de implementação das alterações operadas com a publicação da Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro, revela-se agora necessário introduzir aperfeiçoamentos no que respeita designadamente à aprovação do regulamento interno das unidades, à referenciação dos utentes que preenchem os critérios de referenciação para as unidades de cuidados paliativos e por último à faculdade das unidades e equipas prestadoras da RNCCI poderem solicitar à equipa coordenadora local a reavaliação dos utentes.

Assim, ao abrigo do n.º 10 do artigo 32.º e do artigo 42.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, na redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, manda o Governo, pela Secretária de Estado da Segurança Social e pelo Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

A presente portaria procede à terceira alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro, e pela Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro, que define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório, doravante designadas por unidades, bem como as condições de funcionamento a que devem obedecer as equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), estas últimas designadas por equipas domiciliárias.

Artigo 2.º

Alterações à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro

Os artigos 5.º, 9.º, 14.º, 19.º, 21.º e 23.º da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, na redação que lhe foi

dada pela Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro, passam a ter a seguinte redação:

«Artigo 5.º

Funcionamento das unidades de internamento

1 — As unidades de internamento prestam cuidados de saúde e de apoio social, na sequência de episódio de doença aguda ou da necessidade de prevenção de agravamentos de doença crónica, centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e ações paliativas a pessoas que se encontram em situação de dependência, com vista à sua reintegração sociofamiliar.

2 —
3 —

Artigo 9.º

[...]

1 —
2 — O regulamento interno é elaborado pela entidade promotora e gestora da unidade e, antes da entrada em funcionamento da unidade, é enviado à ECR para aprovação, a efetuar no prazo máximo de 30 dias úteis, contados da data da receção do mesmo.

Artigo 14.º

[...]

1 — De forma a assegurar níveis adequados de qualidade na prestação de cuidados, e enquanto não forem estabelecidos rácios padrão adequados à complexidade de cuidados, as unidades da RNCCI poderão seguir, consoante as suas dimensões, as recomendações mencionadas no anexo IV à presente portaria, que dela faz parte integrante.

2 —

Artigo 19.º

[...]

1 —
2 —
a)
b)
c)
d)
e) As medidas de suporte respiratório designadamente a oxigenoterapia ou a ventilação assistida não invasiva;
f)
3 —
4 —
5 —
6 —
7 —
8 —
a)
b)
c)
d)
e) Com necessidades de cuidados paliativos.

Artigo 21.º

[...]

- 1 —
- 2 —
- 3 —
- 4 —
- 5 —
- 6 — As unidades e equipas prestadoras podem no prazo de 48 horas prévio à admissão do utente, solicitar à ECL a sua reavaliação, desde que devidamente fundamentada.
- 7 — (Revogado.)

Artigo 23.º

[...]

- 1 —
- 2 —
- 3 —
- 4 —
- 5 —

6 —

7 —

8 — A preparação da alta deve ser iniciada com uma antecedência que permita encontrar a solução mais adequada à necessidade de continuidade de cuidados, pressupondo a necessária articulação entre a unidade, a competente ECR e ou a ECL da área do domicílio do utente a quem cabem a responsabilidade de todas as diligências.»

Artigo 3.º

Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

A Secretária de Estado da Segurança Social, *Cláudia Sofia de Almeida Gaspar Joaquim*, em 30 de agosto de 2018. — O Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, *Fernando Manuel Ferreira Araújo*, em 3 de setembro de 2018.

111628388

I SÉRIE



Depósito legal n.º 8814/85

ISSN 0870-9963

Diário da República Eletrónico:

Endereço Internet: <http://dre.pt>

Contactos:

Correio eletrónico: dre@incm.pt

Tel.: 21 781 0870

Fax: 21 394 5750

	Euros (*)
6 — Formação e participação em conferências e similares:	
6.1 — Participação de técnico superior — valor por hora (**)	65,00
6.2 — Participação de dirigente — valor por hora (**)	100,00

(*) Aos preços fixados na tabela acresce TVA à taxa legal em vigor.

(**) As reproduções de documentos solicitados no âmbito do exercício do direito de acesso aos documentos administrativos são fornecidas pelos custos constantes do Despacho n.º 8617/2002, de 29 de abril, do Ministro das Finanças.

(**) A estes valores acresce o valor correspondente a 100 % de ajuda de custo diária devida a trabalhadores que exercem funções públicas. Acresce, igualmente o valor do transporte e do alojamento, quando aplicáveis.

Para efeitos dos serviços prestados no âmbito dos pontos 3.4 e 5, é apresentada uma proposta de orçamento para aceitação do interessado.

MINISTÉRIOS DAS FINANÇAS, DA SAÚDE E DA SOLIDARIEDADE, EMPREGO E SEGURANÇA SOCIAL

Portaria n.º 343/2015

de 12 de outubro

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, dirige-se a pessoas em situação de dependência que necessitam de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitadora ou paliativa, prestados por unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias prestadoras de cuidados continuados integrados.

A Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, definiu as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório, bem como as condições de funcionamento a que devem obedecer as equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) excetuando do seu âmbito de aplicação as unidades de internamento e de ambulatório destinadas a cuidados pediátricos, devendo as mesmas se reger por legislação própria, que importa agora aprovar.

Através da presente portaria, é ainda definido o número mínimo de recursos humanos a afetar ao funcionamento das diferentes tipologias da RNCCI no âmbito pediátrico.

Nas áreas em que a prevalência de casos não permita a constituição de respostas exclusivamente pediátricas no âmbito da RNCCI, admite-se a coexistência de prestação de cuidados a adultos e crianças e jovens, com os requisitos da presente portaria.

Decorrente da mesma limitação, as equipas multidisciplinares nas unidades e equipas domiciliárias devem incluir profissionais com formação e treino em cuidados paliativos, como resposta transversal integrada.

Importa realçar que a unidade de internamento, no âmbito da RNCCI, definida na presente portaria como unidade de cuidados integrados pediátricos de nível 1 — UCIP nível 1, destina-se à prestação de cuidados em regime de internamento, fora do contexto dum serviço hospitalar de agudos, em que não exista necessidade de uma elevada intensidade de cuidados.

Assim, ao abrigo dos artigos 41.º, 42.º e 37.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, alterado pelo Decreto-Lei

n.º 136/2015, de 28 de julho, do artigo 23.º e do n.º 1 do artigo 25.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, manda o Governo, pelos Secretários de Estado Adjunto e do Orçamento, Adjunto do Ministro da Saúde e da Solidariedade e da Segurança Social, o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições Gerais

Artigo 1.º

Objeto

1 — A presente portaria define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento de cuidados integrados pediátricos de nível 1 (UCIP nível 1) e de ambulatório pediátricos, doravante designadas por unidades, bem como as condições de funcionamento a que devem obedecer as equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados destinadas a cuidados pediátricos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), estas últimas designadas por equipas domiciliárias, previstas no artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho.

2 — São ainda regulados os procedimentos relativos às adesões dos serviços e estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde e das instituições do sector social e do sector privado destinados a cuidados pediátricos que adiram à RNCCI após a entrada em vigor do presente diploma.

3 — Excetuam-se do âmbito de aplicação da presente portaria as unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde para a infância e adolescência, as quais se regem por legislação própria.

Artigo 2.º

Definições

Para efeitos do presente diploma consideram-se:

a) “Condições de instalação”, as condições relativas à construção e segurança das instalações e das pessoas no que se refere a acessos, circulação, instalações técnicas e equipamentos e tratamento de resíduos das unidades da RNCCI, compreendendo a construção de raiz, a remodelação e a adaptação de edifícios;

b) “Condições de funcionamento”, as condições que permitem e viabilizam a concretização dos objetivos das unidades e equipas da RNCCI;

c) “Condições de adesão”, as condições que viabilizam a integração das entidades promotoras e gestoras na RNCCI.

CAPÍTULO II

Condições de instalação

Artigo 3.º

Instalações

1 — As instalações de unidades da RNCCI devem estar em conformidade com a legislação nacional e comunitária vigente, nomeadamente no que diz respeito a:

- a) Localização;
- b) Terreno;
- c) Construção;
- d) Instalações e equipamentos de águas e esgotos;
- e) Instalações e equipamentos elétricos;
- f) Instalações e equipamentos mecânicos, incluindo as centrais e redes de gases medicinais;
- g) Instalações e equipamentos de segurança contra incêndios;
- h) Equipamento geral;
- i) Equipamento de uso clínico;
- j) Sistema de gestão de resíduos de natureza diversa.

2 — A definição e caracterização dos espaços necessários ao desenvolvimento das atividades das unidades da RNCCI, a nível pediátrico, devem ainda obedecer às condições específicas de instalação previstas nos anexos I, II e III à presente portaria que dela fazem parte integrante.

3 — Para efeitos do disposto nos números anteriores, mantêm-se válidas as licenças das unidades emitidas ao abrigo da legislação vigente antes da entrada em vigor da presente portaria.

4 — Ao licenciamento de construção e autorização de utilização é aplicável a legislação em vigor, sem prejuízo do disposto na presente portaria.

CAPÍTULO III

Condições de funcionamento

Artigo 4.º

Direitos das crianças

Sem prejuízo do disposto no artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, o funcionamento das unidades e equipas da RNCCI baseia-se no respeito pelos seguintes direitos:

- a) Integridade física, psíquica e moral;
- b) Identidade pessoal e reserva da vida privada;
- c) Não discriminação;
- d) Respeito pela sua decisão, ou do seu representante, quanto aos procedimentos a efetuar no âmbito da prestação dos cuidados, em conformidade com a legislação vigente;
- e) Participação do próprio, e dos seus familiares ou dos cuidadores informais, na elaboração do plano individual de intervenção;
- f) Confidencialidade dos dados do processo individual e outras informações clínicas;
- g) Participação, sempre que possível, dos familiares ou dos cuidadores informais no apoio à criança, desde que este apoio contribua para o seu bem-estar e equilíbrio psicoafetivo;

h) De acordo com a Lei n.º 106/2009, n.º 1 do artigo 2.º, a criança, com idade até aos 18 anos, internada tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe, ou de pessoa que os substitua;

i) Convivência social, promovendo o relacionamento entre as crianças, e destas com os seus familiares e amigos, bem como com os profissionais, no respeito pela sua vontade e interesses;

j) Assistência religiosa e espiritual, por solicitação da criança quando capaz de o fazer ou a pedido de familiares ou dos cuidadores informais.

Artigo 5.º

Funcionamento das unidades de internamento pediátricas

1 — As unidades de internamento prestam cuidados de saúde e de apoio social, na sequência de episódio de doença aguda ou da necessidade de prevenção de agravamentos de doença crónica, centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e cuidados paliativos a crianças que se encontram em situação de dependência, com vista à sua reintegração sociofamiliar.

2 — A concretização dos objetivos das unidades da RNCCI exige um funcionamento que proporcione e garanta à criança:

- a) Prestação dos cuidados de saúde, de reabilitação, de manutenção, de conforto e de apoio psicossocial adequados;
- b) Personalização dos cuidados prestados mediante a identificação de um profissional, designado “Gestor de Caso”, responsável direto pelo acompanhamento do processo individual e garante da comunicação com os demais intervenientes na prestação de cuidados;
- c) Utilização adequada dos fármacos;
- d) Alimentação que tenha em conta uma intervenção nutricional adequada;
- e) Prestação de cuidados de higiene;
- f) Um ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor de autonomia;
- g) Atividades de convívio e lazer;
- h) Participação, ensino e treino dos familiares/cuidadores informais.

3 — A prestação de cuidados exige uma avaliação multidisciplinar das necessidades da criança, realizada nas 48 horas após a admissão, e implica a elaboração de um plano individual de intervenção.

Artigo 6.º

Funcionamento da unidade de ambulatório pediátrica

1 — As unidades de ambulatório prestam cuidados continuados integrados de manutenção, de promoção de autonomia e apoio social a crianças com diferentes graus de dependência, sem necessidade de internamento, que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio, ou cuja situação não aconselhe a prestação de cuidados no domicílio.

2 — As unidades de ambulatório devem organizar-se para prestar cuidados continuados diferenciados em função das patologias e/ou grau de dependência das crianças.

3 — A concretização dos objetivos da unidade de ambulatório exige um funcionamento em regime diurno, todos os dias úteis, por um período não inferior a oito horas diárias de forma a garantir e proporcionar à criança:

- a) Cuidados de saúde de âmbito preventivo, manutenção e reabilitação;

b) Desenvolvimento de atividades de treino de atividades de vida diária e de atividades instrumentais de vida diária, quando aplicável;

c) Desenvolvimento de atividades de reabilitação e de manutenção das capacidades motoras e sensoriais;

d) Promoção da interação da criança com a família, ou com o cuidador informal;

e) Apoio na satisfação de necessidades básicas;

f) Participação, ensino e treino dos familiares ou cuidadores informais;

g) Realização de atividades culturais e de lazer, tendo em vista a socialização.

4 — A unidade de ambulatório pode funcionar em instalações físicas das unidades de internamento, ou em espaços físicos a estas acoplados.

Artigo 7.º

Funcionamento das equipas de gestão de altas

1 — A equipa de gestão de altas (EGA) é uma equipa hospitalar multidisciplinar, sediada em hospital integrado no SNS que referencia crianças para as unidades e equipas da RNCCI.

2 — As equipas referidas no número anterior fazem o planeamento de alta relativamente a todos os doentes que necessitem de cuidados continuados integrados, imediatamente após um internamento hospitalar, bem como a todas as crianças que apresentem um grau de dependência que não lhes permita o regresso ao domicílio em condições de segurança ou aquelas em que seja necessária uma avaliação mais precisa do grau de dependência.

3 — À EGA devem ser sinalizadas, pelo serviço onde se encontram internadas, todas as crianças que necessitem de cuidados continuados integrados para que se possa proceder a um planeamento articulado e atempado da alta.

4 — Em cada hospital integrado no SNS deve existir uma EGA.

Artigo 8.º

Funcionamento das equipas domiciliárias pediátricas

1 — As equipas domiciliárias prestam cuidados centrados na reabilitação, readaptação, manutenção e conforto, a crianças em situação de dependência, doença terminal, ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.

2 — A prestação de cuidados exige uma avaliação multidisciplinar das necessidades da criança realizada pelas equipas domiciliárias e implica a elaboração de um plano individual de intervenção.

3 — As equipas referidas no n.º 1 são equipas da RNCCI, da responsabilidade dos cuidados de saúde primários, enquadradas no âmbito da prestação de cuidados dos ACES, integrados ou não em unidade local de saúde, E. P. E. (ULS) em articulação com as unidades e outras equipas da RNCCI.

4 — As condições de funcionamento das equipas domiciliárias constam de carta de compromisso a celebrar entre o ACES, integrados ou não em ULS e a Administração Regional de Saúde, I. P. (ARS) e os CDists do ISS, I. P.

5 — A concretização dos objetivos das equipas domiciliárias exige um funcionamento que proporcione e garanta à criança:

a) Prestação dos cuidados de saúde, de reabilitação, de manutenção, de natureza paliativa e de apoio psicossocial adequados, promovendo o envolvimento dos familiares ou dos cuidadores informais;

b) Personalização dos cuidados prestados mediante a identificação de um profissional, preferencialmente, enfermeiro, designado “Gestor de Caso”, responsável direto pelo acompanhamento do processo individual e garante da comunicação com os demais intervenientes na prestação de cuidados;

c) Prestação de apoio psicoemocional;

d) Consulta multidisciplinar e acompanhamento assistencial de natureza paliativa;

e) Apoio no desempenho das atividades básicas e instrumentais da vida diária, quando aplicável;

f) Promoção de um ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor de autonomia;

g) Participação, ensino e treino dos familiares ou dos cuidadores informais.

Artigo 9.º

Regulamento interno das unidades

1 — As unidades dispõem de um regulamento interno de funcionamento que contém, designadamente, os seguintes elementos:

a) Direção técnica, direção clínica e mapa de pessoal, no qual seja indicado o número de profissionais por categoria, bem como o correspondente número de horas a afetar à unidade;

b) Direitos e deveres das crianças e seus familiares ou cuidadores informais;

c) Serviços e cuidados disponíveis;

d) Condições de pagamento do valor dia, por parte dos familiares da criança, definidas para as unidades de cuidados continuados integrados e de ambulatório pediátricos, bem como forma de eventual pagamento antecipado;

e) Condições do depósito de bens;

f) Condições de admissão, mobilidade, alta e reserva de lugar;

g) Horários de funcionamento, nomeadamente, horário das refeições;

h) Gestão de reclamações;

i) Demais regras de funcionamento.

2 — O regulamento interno é aprovado pela entidade promotora e gestora da unidade e submetido à apreciação da ECR que emitirá parecer devidamente fundamentado, no prazo máximo de 30 dias úteis contados da data da receção do mesmo.

Artigo 10.º

Processo individual da criança

1 — As unidades e equipas devem organizar o processo individual em suporte informático ou em papel que inclui, designadamente:

a) Identificação da criança;

b) Data de admissão;

c) Identificação e contacto do médico assistente da unidade ou do ambulatório;

d) Identificação e contacto do “Gestor de Caso” da unidade ou da equipa;

e) Identificação e contactos dos familiares, cuidadores informais e representante legal quando exista;

f) Cópia do Consentimento Informado e do Termo de Aceitação, quando aplicável;

g) Contrato de prestação de serviços;

h) Plano individual de intervenção;

i) Registos relativos à evolução do estado de saúde da criança no âmbito dos respetivos planos individuais de cuidados;

j) Nota de alta.

2 — O processo individual de cuidados continuados da criança deve ser permanentemente atualizado, sendo que, no que reporta a registo de observações, prescrições, administração de terapêutica e prestação de serviços e cuidados, deve ser anotada a data e a hora em que foram realizados, bem como a identificação clara do seu autor.

3 — O processo individual é de acesso restrito nos termos da legislação aplicável.

4 — As unidades e equipas prestadoras asseguram o arquivo do processo individual da criança, em conformidade com a legislação vigente.

Artigo 11.º

Contrato de Prestação de Serviços

1 — As entidades promotoras e gestoras de unidades de internamento e de ambulatório pediátricas, devem celebrar contratos de prestação de serviços com os familiares da criança e, quando exista, com o representante legal.

2 — No âmbito do contrato referido no número anterior, poderá ser prevista uma caução, com o objetivo de assegurar o respetivo pagamento do internamento da criança.

Artigo 12.º

Acesso à informação

1 — As unidades devem ter disponível e em local bem visível e de fácil acesso a seguinte informação e documentos:

- a) Licença ou autorização de funcionamento;
- b) Horário de atendimento;
- c) Identificação do diretor técnico,
- d) Identificação do diretor clínico e do enfermeiro coordenador;
- e) Horário de funcionamento, incluindo horário das visitas;
- f) Plano e horário das atividades;
- g) Mapa semanal das ementas;
- h) Referência à existência de regulamento interno e de livro de reclamações.

2 — As unidades devem ser identificadas mediante afixação de placa identificativa com logótipo da RNCCI e respetiva tipologia, em conformidade com as regras definidas pelos organismos competentes.

CAPÍTULO IV

Recursos Humanos

Artigo 13.º

Requisitos

Os profissionais das unidades e equipas devem possuir as qualificações necessárias, designadamente título profissional, adequado ao exercício das funções.

Artigo 14.º

Dotações das unidades em recursos humanos

1 — De forma a assegurar níveis adequados de qualidade na prestação de cuidados, as unidades da RNCCI poderão seguir, consoante as suas dimensões, as recomendações mencionadas no anexo IV à presente portaria que dela faz parte integrante.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, não é considerada a colaboração de voluntários ou de pessoas em estágio profissional prévio à obtenção da qualificação necessária para o exercício de funções.

Artigo 15.º

Direção técnica das unidades

1 — Ao Diretor Técnico, em articulação com os órgãos de gestão da entidade promotora e gestora, compete designadamente:

- a) Definir um modelo de gestão integrada de cuidados e submetê-lo à aprovação dos órgãos de gestão da instituição;
- b) Implementar internamente os programas de gestão da qualidade;
- c) Promover a melhoria contínua e a humanização dos cuidados continuados integrados;
- d) Supervisionar, coordenar e acompanhar a atividade dos profissionais;
- e) Implementar programas de formação, iniciais e contínuos, bem como desenvolver um programa de integração de novos profissionais.

2 — Para além do disposto no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, quanto à direção técnica das unidades de internamento, o diretor técnico da unidade de ambulatório deve ser um profissional da área da saúde ou da área psicossocial.

Artigo 16.º

Recursos humanos das equipas de gestão de altas

1 — As EGA integram um médico, um enfermeiro e um assistente social, garantindo a participação de profissionais de saúde com formação na área pediátrica, podendo ainda integrar outros profissionais, nomeadamente para apoio administrativo, sempre que o volume e a complexidade de atividades o justificar.

2 — Os profissionais que integram as EGA são designados pelo conselho de administração do hospital e exercem as suas funções, preferencialmente, em regime de tempo completo, em espaço próprio e equipado para o efeito.

3 — Quando, em função da dimensão da área de intervenção, não for possível ou adequado que todos os profissionais se encontrem a tempo completo, devem ser fixados horários ajustados que garantam o normal funcionamento da EGA, os quais deverão expressamente constar de regulamento interno.

4 — Os conselhos de administração dos hospitais integrados no SNS designam um interlocutor em cada centro de responsabilidade, departamento ou serviço, a quem cabe a articulação com a EGA.

5 — Os conselhos de administração dos hospitais integrados no SNS designam um responsável pela coordenação da EGA que articula com as ECL e com a ECR.

Artigo 17.º

Recursos humanos das equipas domiciliárias

1 — As equipas domiciliárias integram, designadamente, médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas e assistentes sociais, devendo existir profissionais com formação na área pediátrica, sendo a respetiva afetação da responsabilidade do ACES, de acordo com os objetivos contratualizados.

2 — Os profissionais referidos no número anterior são nomeados pelo Conselho de Administração da ULS ou pelo Diretor Executivo do ACES, sob proposta do coordenador da unidade de cuidados na comunidade, sempre que exista e a sua composição e dimensão deve ter em conta as características sociodemográficas, epidemiológicas e geográficas da área onde está inserida.

Artigo 18.º

Formação dos profissionais

1 — Cabe às entidades promotoras e gestoras das unidades e equipas, no início de cada ano, o desenvolvimento do plano anual de formação, tendo como referência o levantamento de necessidades e as recomendações das ARS e CDist do ISS, I. P.

2 — As entidades promotoras e gestoras das unidades e equipas devem garantir a participação dos seus profissionais em ações de formação, no âmbito das orientações e objetivos gerais da RNCCI, bem como em ações promovidas por outras entidades, desde que correspondam aos objetivos da RNCCI e contribuam para sua formação contínua.

3 — A ARS/ACSS e o ISS, IP podem, sempre que entendam necessário, solicitar às entidades promotoras e gestoras das unidades e equipas comprovativos da formação realizada.

CAPÍTULO V

Referenciação na RNCCI e admissão nas unidades e equipas

Artigo 19.º

Referenciação para unidades e equipas

1 — Sem prejuízo do disposto no artigo 31.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, para as unidades e equipas da RNCCI podem ser referenciadas as crianças que se encontrem em situação de:

a) Dependência que os impossibilite de desenvolver as atividades instrumentais e básicas da vida diária, na sequência de episódios de doença aguda e ou com presença de necessidades complexas de saúde;

b) Doença crónica, com episódios frequentes de reagudização e ou que necessitem de seguimento e acompanhamento prolongados;

c) Doença grave, progressiva e incurável, sem possibilidades de resposta favorável a um tratamento específico, com sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais e instáveis, com prognóstico de vida limitado e que provoca um grande impacto emocional ao doente e família;

d) Necessidade de continuidade de tratamentos que contribuam para a reabilitação na sequência de episódio de doença aguda ou manutenção preventiva de agudizações.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior deve atender-se aos seguintes critérios de referenciação:

a) Para a Unidade de internamento — UCIP nível 1, as crianças que, não podendo ter cuidados ambulatoriais ou domiciliários, e em período previsível até 90 dias requeiram:

- i) Cuidados médicos diários;
- ii) Cuidados de enfermagem permanentes;
- iii) Reabilitação intensiva;
- iv) Regimes complexos de alimentação;
- v) Prevenção ou tratamento de úlceras de pressão e/ou feridas;
- vi) Manutenção e tratamento de estomas;
- vii) Medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia, aspiração de secreções e ventilação não invasiva;
- viii) Regimes terapêuticos complexos;
- ix) Cuidados por síndromes potencialmente recuperáveis;
- x) Cuidados por doença crónica com risco iminente de descompensação;
- xi) Programa de reabilitação funcional;
- xii) Cuidados e tratamento por síndrome de imobilização;
- xiii) Descanso do cuidador (sempre que esteja em causa descanso do cuidador aplicam-se os preços previstos para a tipologia de ULDM dos adultos, de acordo com a portaria de preços em vigor para a RNCCI);

b) Para unidade de ambulatório, a situação em que a criança requeira cuidados continuados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime de ambulatório e não reúna condições para ser cuidada no domicílio;

c) Para equipas domiciliárias, a situação de dependência em que a criança reúna condições no domicílio para lhe serem prestados os cuidados continuados integrados de que necessita.

3 — Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, constituem critérios para efeitos de não admissão em unidades e equipas os seguintes:

- a) Doente com episódio de doença em fase aguda;
- b) Pessoa que necessite exclusivamente de apoio social;
- c) Doente cujo objetivo do internamento seja o estudo diagnóstico;
- d) Doente infetado, cujo regime terapêutico inclua antibióticos de uso exclusivo hospitalar.

Artigo 20.º

Processo de referenciação

1 — A referenciação de doentes internados em hospital integrado no SNS, para a RNCCI, é sempre precedida de sinalização das situações em que seja expectável a necessidade de cuidados continuados, pelos competentes serviços hospitalares à EGA, preferencialmente nas 48 horas após o internamento.

2 — As crianças provenientes da comunidade, nomeadamente do domicílio, são sinalizadas por profissionais da área da saúde e/ou social do ACES ou ULS às equipas referenciadoras dos cuidados de saúde primários.

3 — A referenciação para a RNCCI ocorre na sequência de identificação de situação de acordo com o n.º 1 do artigo anterior, mediante avaliação médica, de enfermagem e

social realizada pelas EGA do hospital integrado no SNS ou pelas equipas referenciadoras dos cuidados de saúde primários sujeita a validação pela ECL da área de residência da criança, de acordo com os formulários e processos de registo definidos pelos organismos competentes.

4 — Após a referenciação, a ECL avalia e valida a proposta de referenciação e tipologia de cuidados adequada às necessidades da criança.

5 — A referenciação de crianças, internados no hospital integrado no SNS para cuidados continuados integrados, feita pela EGA à ECL do domicílio da criança, deve ocorrer 48 a 72 horas antes da data prevista para a alta hospitalar.

6 — A EGA assegura a atualização de toda a informação que deve acompanhar a criança no momento da alta hospitalar e consequente admissão em unidade ou equipa da RNCCI, designadamente quanto a:

- a) Nota de alta médica, com informação da situação clínica e medicação;
- b) Notas de enfermagem, com indicação das necessidades em cuidados;
- c) Notas do serviço social;
- d) Cópia dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados ou do relatório dos mesmos;
- e) Anotações sobre o programa de seguimento da criança e de marcações de próximas consultas ou exames complementares, com identificação do responsável pelo seguimento da criança, quando aplicável.

7 — Na referenciação da criança para unidade ou equipa deve ter-se em conta a proximidade da área do domicílio da criança, relativamente à unidade ou equipa e sempre que possível ter em consideração a preferência dos familiares.

Artigo 21.º

Processo de admissão nas unidades e equipas

1 — A admissão de crianças nas unidades e equipas é precedida de proposta de referenciação da EGA e ou da equipa referenciadora dos cuidados de saúde primários, de acordo com o referido no artigo 20.º

2 — A ECR determina a admissão da criança em unidade ou equipa da RNCCI, preferencialmente, de acordo com a unidade indicada pelo familiar responsável, na medida dos recursos/vagas existentes.

3 — A unidade ou equipa da RNCCI deve efetivar a admissão da criança no prazo de 48 horas ou solicitar a reavaliação à equipa da RNCCI.

4 — Para efeitos de admissão nas unidades e equipas domiciliárias é necessário obter o prévio consentimento informado por parte do familiar responsável.

5 — Para além do documento referido no número anterior, a admissão nas unidades de cuidados continuados integrados e de ambulatório pediátricos, carece ainda da assinatura do termo de aceitação das situações de participação, por parte dos familiares da criança, e da tomada de conhecimento da necessidade da celebração de contrato de prestação de serviços, no momento da admissão, em conformidade com a legislação aplicável.

6 — Para efeitos de admissão nas unidades de cuidados continuados integrados e de ambulatório pediátricos, as entidades promotoras e gestoras celebram com o familiar responsável e, quando exista, com o representante legal, o contrato de prestação de serviços referido no artigo 11.º

7 — A ECL deve assegurar a atualização de toda a informação relativa à criança que consta do processo de referenciação.

CAPÍTULO VI

Continuidade de cuidados integrados, prorrogação, mobilidade e alta

Artigo 22.º

Continuidade da prestação de cuidados

1 — Para a concretização dos objetivos terapêuticos, a continuidade da prestação de cuidados a cada criança deve ser reavaliada quinzenal pela unidade e mensalmente na unidade de ambulatório e nas equipas domiciliárias, salvaguardando-se sempre nas diferentes tipologias as eventuais avaliações intercalares que sejam necessárias.

2 — Nas situações em que as crianças internadas em unidades da RNCCI careçam de cuidados em hospital integrado no SNS, por período superior a 24 horas, pode ocorrer reserva de lugar por um período de oito dias, contando os dias de reserva para a determinação da taxa de ocupação da unidade.

3 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, em situações excecionais devidamente comprovadas e justificadas do ponto de vista clínico, o período de oito dias de reserva de lugar pode ser alargado até ao máximo de doze dias, com autorização da respetiva ECL.

Artigo 23.º

Procedimentos de prorrogação, mobilidade e alta

1 — Sempre que esgotados os prazos de internamento fixados no artigo 19.º, e se não atingidos os objetivos terapêuticos, pode haver lugar a pedido de prorrogação do internamento da criança ou pode haver necessidade de mobilidade do mesmo para outra resposta mais adequada à melhoria ou recuperação da sua situação clínica e social.

2 — Para efeitos de prorrogação do internamento, a unidade elabora proposta fundamentada, até 5 dias antes do período de internamento máximo previsto para a unidade da RNCCI, que submete a autorização da ECR.

3 — A ECL assegura, sob prévia autorização da ECR, sempre que excedido o período de internamento máximo previsto para a unidade da RNCCI e após reavaliação da situação a continuidade da criança na respetiva unidade.

4 — Sempre que considerada a necessidade de mobilidade/transferência da criança, com o consentimento do familiar responsável, deve a unidade ou equipa elaborar proposta fundamentada à ECL da área de influência da unidade para respetiva validação.

5 — A mobilidade/transferência da criança deve ter em consideração o critério de proximidade ao domicílio desta, a preferência do familiar responsável, sendo prioritária em relação às crianças que possam existir em lista de espera para admissão na RNCCI.

6 — Para efeitos do disposto no número anterior, e caso não haja coincidência entre o domicílio da criança e a área geográfica da unidade ou equipa preferida pelo familiar responsável, compete à ECL da área da unidade articular-se com a competente ECR com vista à observância do critério de proximidade.

7 — As crianças internadas em unidade, quando agudizam e carecem de cuidados em hospital integrado no SNS por

período temporal superior ao determinado no n.º 3 do artigo anterior, beneficiam de prioridade na readmissão na RNCCI.

8 — A preparação da alta deve ser iniciada com uma antecedência que permita encontrar a solução mais adequada à necessidade de continuidade de cuidados, pressupondo a necessária articulação entre a unidade, a competente ECR e ou a ECL da área do domicílio da criança a quem cabem a responsabilidade de todas as diligências.

CAPÍTULO VII

Adesão à RNCCI

Artigo 24.º

Pedido de adesão

1 — O pedido de adesão, por parte das entidades promotoras e gestoras previstas no n.º 1 do artigo 36.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, que ainda não integrem a RNCCI, ou formaliza-se mediante preenchimento do formulário constante do anexo V à presente portaria que dela faz parte integrante, disponível no sítio da Internet da ARS, e do ISS, I. P. no período definido e divulgado publicamente pela ARS e ISS, I. P.

2 — O formulário a que se refere o número anterior deve ser devidamente preenchido e assinado por quem tenha competência para o ato nos termos legais e entregue na ARS competente.

Artigo 25.º

Processo de adesão à RNCCI

1 — Instruído o pedido de adesão, a ECR competente aprecia e emite parecer, no prazo máximo de dez dias úteis contados da receção do pedido, tendo em conta o seguinte:

- a) Cobertura territorial de acordo com os rácios definidos, pelos organismos competentes, para cada uma das tipologias da RNCCI no âmbito pediátrico;
- b) Adequabilidade da intervenção proposta face ao disposto no presente diploma;
- c) Existência de cobertura orçamental.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, a ECR deve obrigatoriamente promover a participação dos competentes serviços da ARS e do ISS, I. P. nas decisões a tomar.

3 — Na sequência da emissão de parecer favorável, deve a entidade promotora e gestora na RNCCI proceder à entrega dos seguintes documentos:

- a) Planta de localização;
- b) Planta de implantação do/s edifício/s;
- c) Planta de todos os pisos onde se localiza a unidade, incluindo os espaços partilhados, com indicação dos equipamentos;
- d) Estudo prévio de arquitetura e das especialidades de engenharia com escala tecnicamente adequada, nos termos da legislação em vigor.

Artigo 26.º

Parecer prévio à decisão

1 — Após a construção de raiz ou de ampliação ou remodelação para tipologias da RNCCI, são confirmadas

as condições de instalação em visita técnica final, sendo a entidade promotora notificada para apresentar à ECR, no prazo de trinta dias úteis, a contar da respetiva notificação, os seguintes documentos:

a) Comprovativo da segurança contra incêndios em edifícios emitido pela Autoridade Nacional de Proteção Civil, que tenha em consideração eventuais obras de remodelação e ou reconversão do edificado para nova utilização-tipo ou nova categoria de risco;

b) Telas finais dos projetos de arquitetura e especialidades de engenharia;

c) Licença(s) de estabelecimento para instalações elétricas do tipo A e/ou B, nos termos da legislação em vigor;

d) Certificado de exploração para instalações elétricas do tipo C, se aplicável nos termos da legislação em vigor;

e) Declaração do técnico responsável pela exploração das instalações elétricas e último relatório de inspeção desse técnico, para instalações elétricas que carecem de técnico responsável pela exploração, nos termos da legislação em vigor;

f) Relatório de vistoria anual, para instalações que dispensam a existência de um técnico responsável pela exploração, nos termos da legislação em vigor;

g) Certificação dos sensores, se aplicável nos termos da legislação em vigor;

h) Cópia do contrato de manutenção dos aparelhos elevadores, se aplicável nos termos da legislação em vigor;

i) Autorização de utilização emitida pela Câmara Municipal competente, com identificação do uso a que se destina;

j) Comprovativo do controlo sanitário da água, caso existam depósitos de reserva de água para consumo humano;

k) Certificação energética das instalações de climatização;

l) Termo de responsabilidade, passado por entidade credenciada, atestando a conformidade da instalação da Rede de Gases Medicinais e do Sistema de Aspiração/Vácuo com as normas e legislação portuguesas e as normas e diretivas europeias aplicáveis bem como da certificação dos materiais utilizados na instalação da rede de gases medicinais e de aspiração/vácuo, nos termos do modelo constante do anexo VI à presente portaria que dela faz parte integrante, disponível no sítio da Internet da ARS, acompanhado de documento comprovativo da certificação da entidade instaladora.

2 — A ECR emite parecer final sobre a viabilidade da adesão à RNCCI, no prazo de trinta dias úteis, a contar da data da receção dos respetivos documentos.

3 — Do parecer a que se refere o número anterior deve constar:

- a) Elementos relativos à unidade e equipa prestadora;
- b) Elementos relativos à entidade promotora e gestora;
- c) Identificação da tipologia e rácios previstos na área geográfica;
- d) Data de entrada do formulário;
- e) Procedimentos efetuados, incluindo a menção da interrupção dos prazos, no caso de pedido de elementos/aperfeiçoamentos;
- f) Avaliação das condições de funcionamento;
- g) Avaliação das instalações da unidade nas vertentes de arquitetura, instalações e equipamentos elétricos, ins-

talações e equipamentos de águas e esgotos e instalações e equipamentos mecânicos;

- h) Direção Técnica e Mapa de Pessoal;
- i) Conclusão devidamente fundamentada.

4 — A ECR deve obrigatoriamente promover a participação nas decisões a tomar dos competentes serviços da ARS e do ISS, I. P.

Artigo 27.º

Decisão

1 — A decisão sobre a adesão à RNCCI compete ao Conselho Diretivo da ARS territorialmente competente e ao Conselho Diretivo do ISS, I. P.

2 — O prazo para decisão sobre adesão à RNCCI é de 15 dias úteis, contados da data da emissão do parecer final referido no n.º 2 do artigo anterior.

Artigo 28.º

Celebração de contrato

1 — A adesão formaliza-se com a celebração de contrato entre a entidade promotora e gestora, a ARS, e com o CDist do ISS, I. P.

2 — Não é admitida a subcontratação, salvo em casos excecionais devidamente fundamentados e sujeitos à prévia aprovação da ARS e do CDist do ISS, I. P.

CAPÍTULO VIII

Avaliação e sistemas de informação

Artigo 29.º

Monitorização, avaliação e auditorias

1 — O funcionamento e a qualidade dos cuidados e serviços prestados, os processos realizados, os resultados obtidos, e a articulação das unidades com outros recursos de saúde e ou sociais, estão sujeitos a uma avaliação periódica, sem prejuízo dos processos internos de melhoria contínua no âmbito da respetiva gestão da qualidade.

2 — As unidades podem ser sujeitas a auditorias técnicas e financeiras pelos competentes serviços dos Ministérios da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, no âmbito das suas atribuições, que para o efeito poderão recorrer a serviços externos.

3 — Para efeitos do disposto, no número anterior as unidades devem facultar o acesso às instalações e à documentação tida por pertinente pelas equipas auditoras.

4 — As auditorias referidas no n.º 2 devem ser efetuadas de forma conjunta e articulada entre os serviços competentes dos Ministérios da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social.

5 — As auditorias referentes a matérias de infraestruturas deverão ser levadas a cabo exclusivamente pela Entidade Reguladora da Saúde.

6 — Para efeitos do disposto, nos números anterior as unidades devem facultar o acesso às instalações e à documentação tida por pertinente pelas equipas auditoras.

7 — No âmbito da avaliação periódica referida no n.º 1, podem, ainda, as unidades ser objeto de estudos que visem a avaliação da satisfação das crianças e familiares, a realizar em articulação com as entidades promotoras e gestoras.

Artigo 30.º

Suportes de informação

1 — As unidades procedem ao registo dos dados necessários à referência e monitorização evolutiva e de resultados mediante o preenchimento dos formulários e módulos disponíveis no âmbito do grupo etário pediátrico, na plataforma informática da RNCCI.

2 — É garantido às unidades e equipas o acesso a um conjunto de indicadores organizacionais e de gestão clínica, anualmente definidos pela ACSS, I. P. e pelo ISS, I. P.

3 — É garantido igualmente a ligação das plataformas de informação clínica das entidades promotoras e gestoras a custos das mesmas com a plataforma informática da RNCCI para a recolha da informação que se entenda necessária e suficiente à gestão da RNCCI, no estrito cumprimento da Lei de proteção de dados pessoais.

4 — A gestão de acessos à plataforma informática da RNCCI é da responsabilidade da ACSS.

CAPÍTULO IX

Disposições transitórias e finais

Artigo 31.º

Autorização de funcionamento

1 — Até à entrada em vigor do regime jurídico do licenciamento para as unidades da RNCCI, a competência para a emissão da autorização de funcionamento cabe à Entidade Reguladora da Saúde de acordo com o modelo constante do anexo III à presente portaria.

2 — Da autorização referida no número anterior consta a lotação máxima de cada uma das unidades.

3 — Aos lugares que podem ser geridos pelas entidades promotoras e gestoras de forma autónoma não é aplicável o disposto nos Capítulos V e VI do presente diploma.

Artigo 32.º

Adequação

1 — As unidades que, à data da entrada em vigor do presente diploma, integram a RNCCI, devem adequar-se às condições nelas previstas, desde que os espaços físicos existentes permitam as adaptações necessárias.

2 — Não é aplicável o disposto no número anterior às unidades que foram beneficiárias de apoio financeiro ao abrigo do Programa Modelar I e II, bem como as unidades que integraram as Experiências Piloto de 2006.

3 — Após as vistorias, as entidades competentes devem elaborar relatório final sobre a adequação das instalações aos requisitos técnicos constantes dos programas funcionais anexos à presente portaria e que dela fazem parte integrante, bem como identificar as alterações necessárias a realizar, se tal for possível e financeiramente razoável.

Artigo 33.º

Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no primeiro dia útil do mês subsequente ao da sua publicação.

Em 17 de setembro de 2015.

O Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento, *Helder Manuel Gomes dos Reis*. — O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*. — O Secretário de Estado da Solidariedade e da Segurança Social, *Agostinho Correia Branquinho*.

ANEXO I

**RNCCI — Rede Nacional de Cuidados
Continuados Integrados****Unidade de internamento — Unidade de cuidados
integrados pediátricos Nível 1-UCIP nível 1****1 — Arquitetura**

— Os requisitos técnicos seguintes são complementares aos dos regulamentos técnicos legais, de arquitetura, com os quais as instalações das unidades também terão de estar conformes, de acordo com a legislação aplicável.

1.1 — Programa funcional tipo:

(especificações mínimas)

Nota prévia:

— As instalações referidas de seguida são consideradas por módulos 30 camas e por piso de internamento.

— Sempre que a unidade preste cuidados a crianças, deve haver especial cuidado no ambiente, diferenciando-o, quer a nível de equipamentos, quer de decoração, a qual deve ser adequada a este grupo etário.

— Nas situações em que coexista prestação de cuidados a adultos e crianças e jovens, devem existir espaços exclusivos para crianças. Sendo impossível, admite-se que em espaços de utilização comum, como por ex. refeitórios, salas de espera ou de estar, exista uma zona diferenciada para crianças, a qual deve estar separada através de uma

estrutura. Devem existir instalações sanitárias exclusivas a crianças, com equipamentos adequados.

— A existência de tipologias de adultos e crianças e jovens permite-se, quando possível, no mesmo edifício a utilização comum dos espaços de apoio pelas diferentes tipologias sempre que dessa utilização não advier prejuízo para a qualidade dos cuidados prestados ao utente, nomeadamente, receção, atendimento, I.S. de visitantes, gabinete de direção, secretariado, gabinete de atendimento, gabinete médico/de enfermagem, área de pessoal, área de logística e depósito de cadáveres.

— Os espaços de utilização comum devem ser objeto de acréscimo proporcional de área, sempre que tal se justifique, permitindo desse modo o adequado exercício das atividades da Unidade, sem constrangimentos de área útil.

— Nas unidades de internamento para a área pediátrica os quartos devem ser individuais, garantindo privacidade e presença de acompanhante, estar identificados, não devem ser utilizados por outros utentes e devem estar agrupados em zona específica para este grupo etário, sempre que se trate de unidades que abranjam outros grupos etários. Admite-se a existência de quartos duplos ou triplos decorrente do n.º 2 do artigo 2.º da Lei n.º 106/2009 de 14 de setembro, que refere que a criança com idade superior a 16 anos poderá, se assim o entender, designar a pessoa acompanhante ou mesmo prescindir dela. Um quarto a um terço das camas devem ser infantis (“berços”), prevendo-se a possibilidade da sua substituição por camas individuais, quando necessário.

Designação	Função do Compartimento	Área Útil (mínima) m ²	Largura (mínima) m	Obs.
Área de receção				
Átrio		-	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais. Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais. Receção de visitas e encaminhamento. Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais. a) Mínimo uma, adaptada a pessoas com mobilidade condicionada.
Posto de atendimento		-	-	
IS de visitantes		5 a)		
Área de direção e administrativa				
Gabinete da Direção	Gestão da unidade	-	-	Opcional. Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais. Opcional. Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais.
Sala de secretariado	Zona de atividade administrativa e de arquivo clínico.	-	-	
Área de atendimento social				
Gabinete de atendimento	Atendimento a familiares	12		Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais.
Área de refeições, de convívio e de atividades				
Copa	Apoio à área de internamento .. Receção e conferência de dietas. Preparação de refeições ligeiras.	8	-	Com tina de bancada.
Refeitório	Sala de refeições	2 m ² por utente (para utilização, em simultâneo, no mínimo de 50 % dos utentes).	-	Pode ser comum a outras unidades Pode ser sala única, adequadamente dividida, ou várias salas perfazendo no total a área estabelecida. Com lavatório.

Designação	Função do Compartimento	Área Útil (mínima) m ²	Largura (mínima) m	Obs.
Sala de convívio/atividades	Sala para convívio de doentes e familiares.	2 m ² por utente (para utilização, em simultâneo, no mínimo de 80 % dos utentes).	-	Pode ser comum a outras unidades. Pode ser sala única, adequadamente dividida, ou várias salas perfazendo no total a área estabelecida.
IS associadas		5 a)	2.20 -	a) Devem ser previstas duas IS separadas por sexos, adaptadas a pessoas com mobilidade condicionada.
Cabeleireiro/Podólogo		-	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais. Pode ser um serviço contratado. Com pontos de água e esgoto.

Área de quartos e higiene pessoal

Quarto	Com 1 cama	12	3,5	O corredor interior de acesso à I.S. do quarto não conta para a área útil do mesmo. Pelo menos 15 % dos quartos da unidade são individuais.
	Com 2 camas (no máximo)	18	3,5	
	Com 3 camas (no máximo)	24	3,5	
IS de cada quarto		5	2.20	Acesso privativo do quarto, adaptada a pessoas com mobilidade condicionada e com zona de duche com ralo no pavimento. Com uma área livre correspondente à de um círculo de 1,5 m de diâmetro.
Banho assistido	Banho assistido de doentes	10	2,8	Deve ter, preferencialmente, localização central na unidade de internamento. Podem ser comuns a outras tipologias de unidades/respostas sociais. Com sanita e lavatório.

Área médica e de enfermagem

Posto de enfermagem	Com zonas de armazenamento, de preparação de medicação e de registos.	12	-	Deve ter localização central na área de internamento. A zona de registos deve permitir a visualização da circulação na unidade. Equipada com tina e torneira de comando não manual.
Sala de observação/tratamentos	Trabalho clínico, pensos e outros tratamentos.	16	3,5	Equipada com lavatório e torneira de comando não manual.
Gabinete médico/de enfermagem		12	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Deve ter lavatório e torneira de comando não manual.

Área de medicina física e reabilitação

Ginásio/fisioterapia Terapia ocupacional	Desenvolvimento de atividades de reabilitação e ocupacionais.	50	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais. Pode ser sala única, adequadamente dividida, ou serem várias salas.
Eletroterapia	Com zona individualizada para tratamentos de parafina e parafango.	20	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais.
Tratamentos com parafina e parafango.				
Terapia da fala	Tratamentos para reabilitação da fala.	12	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades/respostas sociais.
IS associadas		5 a)	2.20	a) Duas IS separadas por sexos e uma outra adaptada a pessoas com mobilidade condicionada.

Área de pessoal

Sala de trabalho multidisciplinar	Trabalho de profissionais da unidade, reuniões e pausa.	14	-	Deve ter localização próxima do posto de enfermagem. Podem ser comuns a outras tipologias de unidades/respostas sociais.
Vestiários de pessoal	Com zona de cacifos, IS associadas e chuveiros.	-	-	Podem ser comuns a outras tipologias de unidades/respostas sociais. Separados por sexos.

Designação	Função do Compartimento	Área Útil (mínima) m ²	Largura (mínima) m	Obs.
Área de logística (Pode ser comum a outras unidades/valências)				
Zona de material clínico	Arrumação de material clínico	-	-	Possibilidade de arrumação em armário/estante/carro.
Zona de material de consumos	Arrumação de material de consumo.	-	-	Possibilidade de arrumação em armário/estante/carro.
Zona de roupa limpa	Arrumação de roupa limpa	-	-	Possibilidade de arrumação em armário/estante/carro.
Sala de equipamento de limpeza . . .	Arrumação de material e carro de limpeza.	4	-	Equipada com lavatório e pia de despejo com torneira, ponto de água com sistema de chuveiro para higienização de equipamento.
Sala de desinfecção	Para lavagem e desinfecção de material clínico.	4	-	Opcional. Equipada com tina de lavagem e torneira de comando não manual.
Sala de lavagem e desinfecção de arrastadeiras.		-	-	Equipada com lavatório e pia de despejos.
Sala de sujos	Para arrumação temporária de sacos de roupa suja, sacos de resíduos e para despejos.	4	-	Dispensável quando na unidade existirem apenas arrastadeiras descartáveis. Possibilidade de existência de sala única que reúna as funções de Sala de equipamento de limpeza e Sala de sujos e despejos. Equipada com lavatório e pia de despejos com torneira, com sistema de chuveiro para higienização de equipamento.
Casa mortuária				
Depósito de cadáveres	Para depósito temporário de cadáveres.	10	-	Deve existir, no mínimo, uma por unidade (no sentido de edifício). Com lavatório e torneira de comando não manual.

Áreas complementares (os serviços podem ser contratados)

— Os requisitos técnicos das áreas complementares de esterilização, cozinha e lavandaria são os que se encontram previstos nos normativos legais e regulamentares em vigor aplicáveis a estas áreas funcionais.

— As respetivas áreas podem ser comuns a outras unidades/valências.

1.2 — Outros requisitos de arquitetura:

— Todos os corredores destinados à circulação de macas devem ter o mínimo de 2,00 m úteis de largura. Em casos excecionais de edifícios cuja estrutura não permita adaptação a este requisito, admite-se que os corredores destinados à circulação de macas possam ter o mínimo de 1,40 m úteis de largura, devendo ser previstas bolsas de alargamento com 2,00 m de largura útil à entrada dos quartos para cruzamento de duas macas.

— Não são permitidas rampas nem degraus nas circulações horizontais do interior do edifício.

— Nos quartos com mais de uma cama, a distância entre camas deve ser, no mínimo de 0,90 m. A distância entre uma das camas e a parede lateral deve ser, no mínimo de 0,60 m. Deve também ser considerada uma área livre na qual se inscreva um círculo de 1,50 m de diâmetro, entre a outra cama e a parede lateral.

— Os quartos têm de ter iluminação e ventilação naturais e equipamento que permita o seu completo obscurimento.

— Sempre que a unidade de cuidados continuados tiver um desenvolvimento superior a um piso deve haver uma escada principal com uma largura não inferior a 1,40 m e pelo menos outra de serviço, com exceção para pisos com acesso de nível ao exterior.

— As portas dos quartos, salas de observação/tratamento e banhos assistidos devem ter o mínimo de 1,10 m de largura útil.

— Todas as instalações sanitárias de doentes devem ser acessíveis por pessoas com mobilidade condicionada. Os acessos às instalações sanitárias não devem devassar os locais de circulação dos utentes e do pessoal.

— As instalações sanitárias devem ser privativas por cada quarto. Excetua-se a zona de duche que pode ser partilhada por cada 2 quartos, salvaguardada a devida privacidade.

— Nas instalações sanitárias, as portas devem abrir para fora sem criar conflitos de circulação ou ser de correr pelo exterior da parede, por questões de higienização. Todas as fechaduras devem ser comandadas pelo exterior por intermédio de chave mestra. Os puxadores das portas devem ser de manípulo e as fechaduras devem permitir a abertura pelo interior e pelo exterior.

— Deve ser sempre garantido um percurso interior desde a unidade de internamento até às instalações da área de medicina física e de reabilitação.

— Devem ser previstos dispensadores de desinfetante nos quartos, para a desinfecção das mãos dos profissionais

(sendo dispensável a existência de lavatórios; a lavagem de mãos poderá ser feita na IS).

— Em todos os gabinetes onde haja prestação de cuidados a doentes deve ser instalado lavatório com torneira de comando não manual.

— Caso a unidade se situe a um nível diferente do piso de entrada, deve existir monta-camas com as dimensões mínimas de $2,40 \times 1,40 \times 2,30$ m (comprimento $\times$ largura $\times$ altura), com porta automática de 1,30 m de abertura útil e altura livre de passagem de 2,10 m.

— Em caso de impossibilidade de instalação do previsto no ponto anterior, admite-se a instalação de monta-macas, com as dimensões mínimas de $2,10 \times 1,30 \times 2,20$ m (comprimento $\times$ largura $\times$ altura), com porta automática de 1,20 m de abertura útil e altura livre de passagem de 2,0 m.

2 — Especialidades de Engenharia

— Os requisitos técnicos seguintes são complementares aos dos regulamentos técnicos legais, de engenharia, e aos das normas técnicas comunitárias aplicáveis a cada uma das respetivas especialidades, com os quais as instalações das unidades também terão de estar conformes.

2.1 — Instalações e equipamentos elétricos:

Devem seguir-se as disposições regulamentares prescritas pela Portaria n.º 949-A/2006, de 11 de setembro, RTIEBT (Regras Técnicas de Instalações Elétricas de Baixa Tensão), nomeadamente em termos de segurança de pessoas e bens. Concretamente, devem ser implementadas as seguintes funcionalidades, sistemas, ou equipamentos:

2.1.1 — Instalação de um grupo eletrogéneo para efeitos de assegurar a alimentação de socorro ou de substituição, cujo objetivo é o de providenciar alimentação elétrica destinada a manter em funcionamento a instalação ou partes desta, em caso de falta da alimentação normal. Os equipamentos essenciais à segurança das pessoas devem ser alimentados por uma fonte de segurança ou de emergência, que não deve ser usada para outros fins, caso seja única. Desta forma, poderão coexistir, na mesma instalação, dois grupos eletrogéneos: um destinado à alimentação de socorro e outro, caso seja essa a opção do projetista, destinado aos circuitos de segurança ou de emergência;

2.1.2 — As camas devem dispor de um sistema acústico-luminoso que assegure a chamada de enfermeira ou outro pessoal de serviço pelos doentes. Este sistema deve satisfazer às seguintes condições:

a) Incorporar um dispositivo de chamada e um sinalizador luminoso de confirmação de chamada localizado junto à cabeceira da cama ou em local visível pelo doente. O cancelamento da chamada só poderá ser efetuado no próprio compartimento onde se realizou a chamada. A chamada é assinalada por sinalização luminosa junto à porta de entrada da enfermaria ou quarto e no posto de enfermeira com sinal acústico e luminoso;

b) Possibilitar a transferência de chamadas para o local onde se encontre a enfermeira e a realização de chamadas de emergência;

c) Os demais compartimentos a que o doente tenha acesso, designadamente casas de banho, sanitários, refeitório e salas de estar, devem ser abrangidos pelo sistema de chamada de enfermeira;

d) O sistema deve ser considerado uma instalação de segurança.

2.1.3 — Todos os compartimentos devem dispor do número de tomadas de energia necessárias à ligação individual de todos os equipamentos cuja utilização simultânea

esteja prevista (um equipamento por tomada) mais uma tomada adicional para equipamento de limpeza;

2.1.4 — Todos os compartimentos onde potencialmente possa ser utilizado equipamento telefónico ou informático, devem dispor de uma tomada dupla por cada $10/12$ m² de superfície, com um mínimo de uma tomada dupla por cada posto de trabalho ou equipamento dedicado;

2.1.5 — Todos os ascensores, quando existentes, devem dispor das condições para se movimentarem até ao piso de entrada em caso de falha de energia elétrica. Pelo menos um ascensor com capacidade para transporte de camas deve manter-se em funcionamento com alimentação de socorro;

2.1.6 — Recomenda-se a alimentação de todos os circuitos de iluminação pelo sector de socorro, na sua totalidade ou parcialmente, segundo critérios devidamente fundamentados no projeto da especialidade de Eletrotécnica. Recomenda-se, também, a adoção, na iluminação interior, das orientações constantes da Norma ISO 8995 CIE S 008/E de 15/05/2003, contendo as especificações da “*Commission Internationale de L’Éclairage*” sobre os níveis de iluminação e respetiva uniformidade em estabelecimentos de saúde, bem como sobre a capacidade de restituição de cores das fontes luminosas a utilizar e sobre a prevenção do desconforto visual;

2.1.7 — Além das instalações de iluminação de segurança e de vigília prescritas nas regras supramencionadas, nos locais onde o paciente permaneça acamado deve prever-se iluminação geral e iluminação de leitura ou de observação, à cabeceira da cama.

2.2 — Instalações e equipamentos mecânicos:

2.2.1 — Climatização

As instalações de climatização devem estar de acordo com a regulamentação em vigor.

Observações:

Nas salas de apoio com eventual produção de ambientes poluídos, devem ser aplicados sistemas de extração forçada de ar.

É obrigatório prever sistemas de extração generalizados. O sistema de “sujos” deve ser independente do de “limpos”.

2.2.2 — Instalações de gases medicinais:

É obrigatória, em todas as unidades a existência de oxigénio, aspiração/vácuo, nomeadamente nos quartos, bem como nas salas de tratamento e, de preferência, também nas salas de convívio e nas salas de refeições.

Requisitos:

— A central de vácuo deve ser fisicamente separada das restantes, com a extração do sistema situada a uma cota de, pelo menos, 3 m acima das admissões de ar próximas

— Se o ar comprimido respirável for produzido por compressores, a central deve de ser fisicamente separada das restantes

— Todas as centrais devem ter uma fonte primária, uma fonte secundária e uma fonte de reserva, de comutação automática

— As tomadas devem ser de duplo fecho, não intermutáveis de fluido para fluido

— A utilização do tubo de poliamida apenas pode ser permitido nas calhas técnicas, suportes de teto e colunas de teto, quando integrado pelo fabricante e desde que acompanhado dos respetivos certificados CE medicinal

2.2.3 — Instalações frigoríficas

Deve existir frigorífico de modelo laboratorial próprio para a conservação de medicamentos, certificado

para o efeito, equipado com registador de temperatura e alarme.

¹ Em substituição do segundo grupo eletrogénico com motor de combustão interna, poder-se-á recorrer a outro tipo de alimentação alternativa, tal como uma UPS – Unidade de Alimentação Ininterrupta, não havendo critério de obrigatoriedade neste aspeto, deixando-se margem para que, desde que tecnicamente bem fundamentada, seja utilizada uma ou outra solução.

ANEXO II

RNCCI — Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Unidades de dia e de promoção da autonomia

1 — Arquitetura

— Os requisitos técnicos seguintes são complementares aos dos regulamentos técnicos legais, de arquitetura, com os quais as instalações das unidades também terão de estar conformes, de acordo com a legislação aplicável.

1.1 — Programa funcional tipo:

(especificações mínimas)

Nota prévia:

— As instalações referidas de seguida são consideradas para um valor médio de 30 doentes, em cada dia, simultaneamente.

— Nas situações em que coexista prestação de cuidados a adultos e crianças, devem existir espaços exclusivos para

crianças. Sendo impossível, admite-se que em espaços de utilização comum, como por ex. refeitórios, salas de espera ou de estar, exista uma zona diferenciada para crianças, a qual deve estar separada através de uma estrutura. Devem existir instalações sanitárias exclusivas a crianças, com equipamentos adequados.

— Presume-se que os 30 doentes estão distribuídos pelas zonas de medicina física e reabilitação, pela zona de atividades terapêuticas, pela zona médica /enfermagem e/ou pelo local de exercício/movimento. Sempre que exista prestação de cuidados a adultos e crianças, devem existir espaços exclusivos para crianças. Os doentes poderão, complementarmente, ser objeto de apoio social, psicológico ou outros.

— As unidades de dia e de promoção da autonomia devem estar, preferencialmente, acopladas a unidades de internamento de cuidados continuados integrados.

— Devem ser previstos espaços não terapêuticos, para pausas, ou seja, para recreação, convívio e repouso, ao longo do dia. Devem existir espaços exclusivos para crianças.

— As zonas referidas, podem coexistir com espaços preexistentes, na sua proximidade, de unidades de internamento. Devem existir espaços exclusivos para crianças.

— Os compartimentos comuns a espaços preexistentes devem ser objeto de acréscimo proporcional de área, sempre que tal se justifique, permitindo desse modo o adequado exercício das atividades da UDPA, sem constrangimentos de área útil.

Designação	Função do Compartimento	Área Útil (mínima) m ²	Largura (mínima) m	Obs.
Área de receção				
Átrio		-	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
Posto de atendimento		-	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
IS de acompanhantes		5 a)	-	Receção e encaminhamento. Pode ser comum a outras tipologias de unidades. a) Mínimo uma, adaptada a pessoas com mobilidade condicionada.
Área de direção e administrativa				
Gabinete da Direção	Gestão da unidade	-	-	Opcional. Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
Sala de secretariado	Zona de atividade administrativa e de arquivo clínico.	-	-	Opcional. Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
Área de atendimento social				
Gabinete de atendimento	Atendimento a familiares	12	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades
Área de refeições, de convívio e de atividades				
Sala de estar/recreação	Sala de estar de doentes e familiares.	2 m ² por utente (para utilização, em simultâneo, no mínimo de 80 % dos utentes).	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Pode ser sala única, adequadamente dividida, ou várias salas perfazendo no total a área estabelecida.
Sala (s) de refeições	Sala de refeições de doentes	2 m ² por utente (para utilização, em simultâneo de 50 % dos utentes).	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Pode ser sala única, adequadamente dividida, ou várias salas perfazendo no total a área estabelecida. Com lavatório.

Designação	Função do Compartimento	Área Útil (mínima) m ²	Largeza (mínima) m	Obs.
IS dos docentes		5 a)	- -	Pode ser comum a outras tipologias de unidades. a) Devem ser previstas duas IS separadas por sexos, adaptadas a pessoas com mobilidade condicionada.
Área de vestiários, estética e higiene pessoal de utentes				
Vestiários de utentes	Para mudança de roupa. Com caifos e bancos.		-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
Sala de cuidados de estética e higiene	Cuidados pessoais de promoção da autoestima.	12	-	Desenhado de forma a permitir a existência de uma área livre correspondente à de um círculo de 1,5 m de diâmetro. Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
Sala de banho	Banho acompanhado de utentes	10	2,8	Deve ser dotado de ponto de água quente e água fria e esgoto. Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Com sanita e lavatório.
Área médica e de enfermagem				
Gabinete médico		12	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
Gabinete de Enfermagem Sala de observação/tratamentos	Trabalho clínico, pensos e outros tratamentos.	16	-	Com lavatório e torneira de comando não manual. Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Com lavatório com torneira de comando não manual.
Área de fisioterapia, atividades ocupacionais/atividades da vida diária (AVD) e de movimento em grupo				
Ginásio/Fisioterapia	Desenvolvimento de atividades físicas de reabilitação ou tratamentos individuais.	40	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades
Terapia ocupacional/Treino de AVD	Desenvolvimento de atividades psicomotoras e/ou de estimulação e treino de AVD/autonomia.	40	-	Pode ser sala única, adequadamente dividida, ou várias salas Pode ser comum a outras tipologias de unidades
Ginásio /Movimento em grupo	Desenvolvimento de atividades de exercício em grupo, mobilidade geral e animação coletiva.	30	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
Terapia da fala Reabilitação Cognitiva	Desenvolvimento de atividades de comunicação e capacidades intelectuais/cognitivas.	12	-	Pode ser sala única, adequadamente dividida, ou várias salas. Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
IS associadas		5 a)	-	a) Devem ser previstas duas IS separadas por sexos, adaptadas a pessoas com mobilidade condicionada.
Área de descanso ou relaxamento				
Sala de repouso	Com cadeirões reclináveis	12	3,5	3 m ² /posto. Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
Área de pessoal				
Sala de trabalho multidisciplinar	Trabalho de profissionais da unidade, reuniões e pausa.	14	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
Vestiários de pessoal	Com zona de caifos IS associadas e chuveiros.	-	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades.
Área de logística				
Zona de material clínico	Arrumação de material clínico	-	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Possibilidade de arrumação em armário.
Zona de material de consumo	Arrumação de material de consumo.	-	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Possibilidade de arrumação em armário.

Designação	Função do Compartimento	Área Útil (mínima) m ²	Largura (mínima) m	Obs.
Zona de roupa limpa	Arrumação de roupa limpa	-	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Possibilidade de arrumação em armário.
Sala de equipamento de limpeza	Arrumação de material e carro de limpeza.	4	-	Equipada com lavatório e pia de despejo com torneira, ponto de água com sistema de chuveiro para higienização de equipamento.
Zona de lavagem e desinfecção de material clínico.	Lavagem e desinfecção de dispositivos médicos e terapêuticos.	4	-	Pode ser comum a outras unidades/valências. Opcional.
Zona de armazenagem de resíduos	Destinado ao armazenamento de sacos de resíduos.	-	-	Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Equipada com tina de lavagem e torneira de comando não manual.
				Pode ser comum a outras tipologias de unidades. Equipada com lavatório, pia de despejos com torneira, ponto de água com sistema de chuveiro para higienização de equipamento.

Áreas complementares (os serviços podem ser tratados)

Os requisitos técnicos das áreas complementares de cozinha e lavandaria são os que se encontram previstos nos normativos legais e regulamentares em vigor aplicáveis a estas áreas funcionais.

— As respetivas áreas podem ser comuns a outras unidades/valências.

1.2 — Outros requisitos de arquitetura:

— Todos os corredores destinados à circulação de macas devem ter o mínimo de 2,00 m úteis de largura. Em casos excecionais de edifícios cuja estrutura não permita adaptação a este requisito, admite-se que possam ter o mínimo de 1,40 m úteis de largura, devendo ser previstas bolsas de alargamento com 2,00 m de largura útil para cruzamento de duas macas.

— Não são permitidas rampas nem degraus nas circulações horizontais do interior do edifício.

— Sempre que a unidade tiver um desenvolvimento superior a um piso deve haver uma escada principal com uma largura não inferior a 1,20 m e pelo menos outra de serviço, com exceção para pisos com acesso de nível ao exterior.

— As portas das salas de estar e de refeições, bem como as portas de todas as salas de tratamentos e terapia, devem ter o mínimo de 1,00 m de largura útil.

— Nas instalações sanitárias, as portas devem abrir para fora sem criar conflitos de circulação ou ser de correr. Nestes casos, deverão deslizar pelo exterior da parede, por questões de higienização. Todas as fechaduras devem ser comandadas pelo exterior por intermédio de chave mestra. Os puxadores das portas devem ser de manípulo e as fechaduras devem permitir a abertura pelo interior e pelo exterior.

— Deve ser sempre garantido um percurso interior desde a unidade de dia e promoção de autonomia até às instalações da área de medicina física e de reabilitação, se nestas forem realizadas as atividades da unidade de dia.

— Em todos os gabinetes onde haja prestação de cuidados a doentes deve ser instalado lavatório com torneira de comando não manual.

— Caso a unidade se situe a um nível diferente do piso de entrada, deve existir monta-macas, com as dimensões mínimas de 2,10 × 1,30 × 2,20 m (comprimento × largura × altura), com porta automática de 1,20 m de abertura útil e altura livre de passagem de 2,0 m.

1.3 — Equipamento de transporte:

— Deve ser prevista uma carrinha de serviço para o transporte de doentes. Este equipamento pode ser interno ou externo.

2 — Especialidades de Engenharia

— Os requisitos técnicos seguintes são complementares aos dos regulamentos técnicos legais, de engenharia, e aos das normas técnicas comunitárias aplicáveis a cada uma das respetivas especialidades, com os quais as instalações das unidades também terão de estar conformes.

— Quando a Unidade de dia e de promoção da autonomia existir em conjunto com outra tipologia (unidades de internamento) devem ser seguidos os requisitos das especialidades de engenharia definidos para as unidades.

2.1 — Instalações e equipamentos elétricos:

Devem seguir-se as disposições regulamentares prescritas pela Portaria n.º 949-A/2006, de 11 de setembro, RTIEBT (Regras Técnicas de Instalações Elétricas de Baixa Tensão), nomeadamente em termos de segurança de pessoas e bens. Concretamente, devem ser implementadas as seguintes funcionalidades, sistemas, ou equipamentos:

2.1.1 — Instalação de um grupo eletrogéneo para efeitos de assegurar a alimentação de socorro ou de substituição, cujo objetivo é o de providenciar alimentação elétrica destinada a manter em funcionamento a instalação ou partes desta, em caso de falta da alimentação normal. Os equipamentos essenciais à segurança das pessoas devem ser alimentados por uma fonte de segurança ou de emergência, que não deve ser usada para outros fins, caso seja única. Desta forma, poderão coexistir, na mesma instalação, dois grupos eletrogéneos: um destinado à alimentação de socorro e outro, caso seja essa a opção do projetista, destinado aos circuitos de segurança ou de emergência;¹

2.1.2 — Os compartimentos a que o doente tenha acesso, designadamente casas de banho, sanitários, refeitório e salas de estar, devem ser abrangidos pelo sistema de chamada de enfermeira. O sistema deve ser considerado uma instalação de segurança;

2.1.3 — Todos os compartimentos devem dispor do número de tomadas de energia necessárias à ligação individual de todos os equipamentos cuja utilização simultânea esteja prevista (um equipamento por tomada) mais uma tomada adicional para equipamento de limpeza;

2.1.4 — Todos os compartimentos onde potencialmente possa ser utilizado equipamento telefónico ou informático, devem dispor de uma tomada dupla por cada 10/12 m² de superfície, com um mínimo de uma tomada dupla por cada posto de trabalho ou equipamento dedicado;

2.1.5 — Todos os ascensores, quando existentes, devem dispor das condições para se movimentarem até ao piso de entrada em caso de falha de energia elétrica. Pelo menos um ascensor com capacidade para transporte de camas deve manter-se em funcionamento com alimentação de socorro;

Recomenda-se a alimentação de todos os circuitos de iluminação pelo sector de socorro, na sua totalidade ou parcialmente, segundo critérios devidamente fundamentados no projeto da especialidade de Eletrotécnica. Recomenda-se, também, a adoção, na iluminação interior, das orientações constantes da Norma ISO 8995 CIE S 008/E de 15/05/2003, contendo as especificações da “Commission Internationale de L’Éclairage” sobre os níveis de iluminação e respetiva uniformidade em estabelecimentos de saúde, bem como sobre a capacidade de restituição de cores das fontes luminosas a utilizar e sobre a prevenção do desconforto visual.

2.2 — Instalações e equipamentos mecânicos:

2.2.1 — Climatização

As instalações de climatização devem estar de acordo com a regulamentação em vigor.

Observações:

Nas salas de apoio com eventual produção de ambientes poluídos, devem ser aplicados sistemas de extração forçada de ar.

É obrigatório prever sistemas de extração generalizados. O sistema de “sujos” deve ser independente do de “limpos”.

2.2.2 — Instalações de gases medicinais:

Apenas é necessária a existência de garrafa de oxigénio portátil e de aparelho de aspiração portátil, numa proporção de 1 conjunto/10 utentes.

2.2.3 — Instalações frigoríficas

Deve existir frigorífico de modelo laboratorial próprio para a conservação de medicamentos, certificado para o efeito, equipado com registador de temperatura e alarme.

¹ Em substituição do segundo grupo eletrogénico com motor de combustão interna, poder-se-á recorrer a outro tipo de alimentação alternativa, tal como uma UPS – Unidade de Alimentação Ininterrupta, não havendo critério de obrigatoriedade neste aspeto, deixando-se margem para que, desde que tecnicamente bem fundamentada, seja utilizada uma ou outra solução.

ANEXO III

Autorização de Funcionamento

A Entidade Reguladora da Saúde declara que a unidade ... (denominação da unidade), sita em ..., código postal ..., localidade ..., Distrito de ..., Concelho de ..., Freguesia ..., Telefone ..., Fax ..., com entidade promotora e gestora ... (identificação da entidade), contratada para a prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social, em regime de internamento e ou em regime de ambulatorio para unidade de ... (identificar a tipologia de resposta), com lotação máxima de ..., cumprem, à presente data, as condições de funcionamento nos termos estabelecidos na legislação aplicável.

Mais declaram que, qualquer alteração às condições de funcionamento objeto da presente autorização fica dependente de nova autorização que incidirá sobre as alterações obrigatoriamente comunicadas pela entidade promotora e gestora à Entidade Reguladora da Saúde.

..., ... de ... de 20...

...

Entidade Reguladora da Saúde.

ANEXO IV

Recursos Humanos recomendados nas Unidades de Cuidados Integrados Pediátricos nível 1 — UCIP nível 1

Perfil Profissional	UCIP	Frequência
Médico (inclui Médico Fisiatra).	30	Presença diária.
Psicólogo	20	Presença ao longo da semana
Enfermeiro (inclui Coordenador e Enfermeiro de Reabilitação).	360	Presença permanente.
Fisioterapeuta	80	Presença diária.
Assistente Social	40	Presença ao longo da semana.
Terapeuta da Fala	8	Presença ao longo da semana.
Animador Sociocultural ...	20	Presença ao longo da semana.
Nutricionista	5	Presença ao longo da semana.
Terapeuta Ocupacional ...	40	Presença ao longo da semana.
Pessoal Auxiliar	480	Presença permanente.

Perfil Profissional	Unidade de Dia e Promoção da Autonomia (a) Horas Semanais (b)	Frequência
Médico (inclui Médico Fisiatra).	8	
Psicólogo	20	Presença dias úteis.
Enfermeiro	20	Presença dias úteis.
Fisioterapeuta	20	Presença dias úteis.
Assistente Social	20	Presença dias úteis.
Animador Sociocultural ...	40	Presença dias úteis.
Terapeuta Ocupacional ...	20	Presença dias úteis.
Pessoal Auxiliar	120 (c)	Presença dias úteis.

(a) Considera-se lotação de 30 lugares

(b) As horas semanais correspondem ao mínimo recomendado de horas contratadas por grupo profissional.

(c) O pessoal auxiliar das UDPA inclui 20 horas semanais de Motorista.

ANEXO V

CANDIDATURA PARA INTEGRAR O INSTITUTO HIDROGRÁFICO NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

CUIDADOS CONTINUADOS

1. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome: _____
 Designação: _____
 Nº de identificação do candidato: _____
 Nº de identificação Fiscal: _____
 Morada: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

2. IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE

Nome da Entidade: _____
 Morada: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

3. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

4. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

5. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

6. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

7. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

8. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

9. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

10. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

11. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

12. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

13. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

14. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

15. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

16. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

17. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

18. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

19. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

20. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

21. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

22. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

23. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

24. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

25. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

26. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

27. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

28. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

29. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

30. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

31. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

32. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

33. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

34. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

35. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

36. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

37. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

38. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

39. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

40. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

41. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

42. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

43. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

44. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

45. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

46. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

47. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

48. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

49. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

50. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

51. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

52. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

53. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

54. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

55. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

56. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

57. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

58. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

59. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

60. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

61. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

62. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

63. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

64. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

65. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

66. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

67. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

68. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

69. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

70. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

71. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

72. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

73. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

74. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

75. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

76. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

77. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

78. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

79. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

80. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

81. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

82. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

83. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

84. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

85. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

86. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

87. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

88. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

89. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

90. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

91. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

92. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

93. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

94. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

95. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

96. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

97. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

98. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

99. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

100. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO PARA A POSIÇÃO DE

Nome: _____
 Função: _____
 Localidade: _____
 Código Postal: _____
 Contacto: _____
 Telefone: _____
 E-mail: _____

ANEXO VI

**Termo de responsabilidade por instalação
do sistema de distribuição
de gases medicinais e do sistema de aspiração/vácuo**

... (nome, número de documento de identificação e morada), na qualidade de ... (gerente, administrador, procurador), com poderes de representação de ... (denominação da entidade instaladora, credenciada para o efeito, número de identificação fiscal e sede), declara, sob compromisso de honra, que a sua representada:

- Instalou na(s) Unidade(s) de Cuidados Continuados Integrados, sita(s) na ... (local de instalação completo), o sistema de distribuição de gases medicinais e o sistema de aspiração/vácuo, compostos por ... (oxigénio, ar comprimido respirável, vácuo), de acordo com as normas e legislação portuguesa e comunitária aplicáveis, designadamente e sem limitar, a Diretiva do Conselho n.º 93/42/CEE, de 14 de junho, e o Decreto-Lei n.º 273/95, de 23 de outubro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 30/2003, de 14 de fevereiro;
- Que os dispositivos médicos instalados ostentam a respetiva Marcação CE e/ou certificação CE,

Pelo que assume toda a responsabilidade, civil e criminal, pela sua correta instalação e pela conformidade dos materiais utilizados.

MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL

Decreto-Lei n.º 230/2015

de 12 de outubro

Desde a sua criação, pelo Decreto-Lei n.º 43 177, de 22 de setembro de 1960, o Instituto Hidrográfico (IH),

integrado na Marinha, acumula diversas atividades de investigação, estudo e divulgação no domínio das ciências e técnicas do mar, com as suas responsabilidades de serviço hidrográfico nacional, cobrindo assim um vasto espaço de investigação científica, com aplicações e desenvolvimento técnicos muito diversos, prioritariamente ao serviço da defesa nacional em apoio às operações navais e marítimas, mas também ao serviço das políticas públicas marítimas, oceânicas, costeiras, litorais e de águas interiores navegáveis, tornando-se imprescindível para o desenvolvimento nacional nestas áreas do conhecimento.

O IH associa, ainda, à sua essência de serviço hidrográfico nacional, a vertente de oceanografia operacional, centrada na sua vocação para operar no mar.

A crescente atividade desenvolvida e o aumento das solicitações, a par das alterações do quadro legislativo das Forças Armadas, em geral, e da Marinha, em particular, mostram-se determinantes para a revisão do diploma orgânico do IH, procurando um equilíbrio entre a sua dupla natureza de órgão da Marinha e de laboratório do Estado, consagrado na Resolução do Conselho de Ministros n.º 36/2002, de 21 de fevereiro.

É neste contexto que se reforça a natureza do IH enquanto laboratório do Estado, adaptando a estrutura ao quadro normativo aplicável às instituições que se dedicam à investigação científica e desenvolvimento tecnológico, o qual, embora apresente aspetos comuns à generalidade dos laboratórios do Estado, se reveste também de importantes especificidades por ser um órgão da Marinha, regulado por legislação própria.

Assim, é criado o conselho de orientação, ao qual compete o acompanhamento da atividade do IH e, em especial, a articulação com os vários departamentos governamentais da área de atividade do IH e são igualmente criados os restantes órgãos, destes se destacando o fiscal único, na medida em que o IH é dotado de autonomia administrativa e financeira.

Também a inclusão no Sistema Científico e Tecnológico Nacional e no setor da investigação do mar levou à criação da carreira de investigação científica na estrutura orgânica do IH, no mapa do seu pessoal civil.

O Decreto-Lei n.º 185/2014, de 29 de dezembro, que aprovou a Lei Orgânica da Marinha, estabeleceu que a estrutura orgânica, as atribuições, as competências e o regime administrativo e financeiro do IH são estabelecidos por diploma próprio.

Neste contexto, e numa perspetiva multidisciplinar e integrada, o IH beneficia das sinergias entre uma estrutura operacional de cariz militar e as capacidades técnico-científicas, o que permite e materializa o princípio do duplo uso consagrado no Conceito Estratégico de Defesa Nacional, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 19/2013, de 5 de abril, e alavanca a estratégia de inovação das ciências e técnicas do mar, com uma forte aposta na formação profissional e superior, que visa concretizar com sucesso as suas responsabilidades de monitorização do meio marinho, de investigação científica aplicada e de desenvolvimento tecnológico, a par do desiderato da valorização dos recursos e das oportunidades nacionais de vocação marítima.

Assim:

Nos termos do n.º 4 do artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 185/2014, de 29 de dezembro, e da alínea a) do n.º 1

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Resolução da Assembleia da República n.º 92/2016

Recomenda ao Governo que concretize um plano estratégico para a implementação dos rastreios oncológicos de base populacional

A Assembleia da República resolve, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, recomendar ao Governo que:

1 — Salvaguarde, no âmbito dos rastreios de base populacional previstos no Despacho n.º 4771-A/2016, de 7 de abril, publicado na 2.ª série do *Diário da República*, o enquadramento das recomendações e considerações das entidades científicas internacionais nesta área, nomeadamente no que respeita:

a) À percentagem da população que deve ser contemplada nos rastreios organizados e de base populacional nas áreas do cancro da mama, do cancro do colo do útero, do cancro do cólon e reto e da retinopatia diabética;

b) Aos meios existentes no Serviço Nacional de Saúde (SNS) para dar resposta aos rastreios;

c) Aos meios existentes para formar mais profissionais e alargar assim a resposta do SNS.

2 — As medidas que venham a ser implementadas pelas administrações regionais de saúde, no âmbito do Despacho n.º 4771-A/2016, de 7 de abril, nos rastreios de base populacional nas áreas do cancro da mama, do cancro do colo do útero, do cancro do cólon e reto e da retinopatia diabética, devem:

a) Alargar a cobertura territorial garantindo a equidade entre as várias regiões do País;

b) Incluir um plano estratégico para garantir o respeito pelas metas definidas no número anterior;

c) Contemplar um plano de sensibilização, ações e campanhas de informação da população, alertando para a problemática do cancro do cólon e reto, aconselhando a adoção de estilos de vida mais saudáveis e divulgando boas práticas alimentares, nomeadamente através de uma dieta de base vegetal, como modo de prevenção e diminuição do risco de aparecimento do cancro;

d) Reforçar a articulação entre os centros de saúde e as unidades de endoscopia digestiva, com vista à educação para a saúde, à melhoria da taxa de adesão aos rastreios e, consequentemente, à deteção da doença em tempo útil.

Aprovada em 22 de abril de 2016.

O Presidente da Assembleia da República, *Eduardo Ferro Rodrigues*.

TRABALHO, SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL E SAÚDE

Portaria n.º 153/2016

de 27 de maio

O XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabelece como prioridades expandir a resposta em cuidados continuados a todos os grupos etários e melhorar a integração da Rede.

Nos países desenvolvidos o panorama da pediatria está em mudança, devido ao aumento e prolongamento da so-

brevivência de crianças com doenças crónicas, muitas vezes requerendo uma abordagem complexa, multiprofissional e interinstitucional. No entanto, a realidade da prestação de cuidados a estas crianças e suas famílias caracteriza-se frequentemente por uma inadequação às suas necessidades clínicas, psicossociais e educativas, sendo o impacto desta situação incomensurável para as famílias, a sociedade e os sistemas de saúde.

Nesse sentido, como forma de dar resposta a essas necessidades, e incidindo nos cuidados clínicos de reabilitação, urge implementar as experiências-piloto a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório pediátricas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), previstas na Portaria n.º 343/2015, de 12 de outubro, que define as condições de instalação e funcionamento das mesmas.

Nos termos do n.º 5 do artigo 34.º e do artigo 42.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, na versão republicada pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, manda o Governo, pelos Ministros do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

A presente portaria procede ao aditamento dos artigos 32.º-A e 32.º-B à Portaria n.º 343/2015, de 12 de outubro, que define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório de cuidados continuados integrados pediátricos, bem como das equipas de gestão de altas e das equipas de cuidados continuados integrados destinadas a cuidados pediátricos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), previstas no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, por forma a implementar experiências-piloto das unidades de internamento e de ambulatório de cuidados continuados pediátricos.

Artigo 2.º

Aditamento à Portaria n.º 343/2015, de 12 de outubro

São aditados à Portaria n.º 343/2015, de 12 de outubro, os artigos 32.º-A e 32.º-B, com a seguinte redação:

«Artigo 32.º-A

Experiências-piloto

1 — A implementação das unidades de internamento de cuidados continuados pediátricos e de ambulatório pediátricos é progressiva e concretiza-se, numa primeira fase, através de experiências-piloto com incidência nos cuidados clínicos de reabilitação, a decorrer num período de um ano, cujos cuidados e serviços são da responsabilidade do Ministério da Saúde.

2 — A identificação e caracterização das unidades mencionadas no número anterior são definidas por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da segurança social e da saúde.

3 — Às unidades que integram as experiências-piloto não lhes é aplicado o disposto na alínea d), do n.º 1 do artigo 9.º, a alínea g), do n.º 1 do artigo 10.º, o artigo 11.º, a subalínea xiii), da alínea a), do n.º 2 do artigo 19.º e os n.ºs 5 e 6 do artigo 21.º

Artigo 32.º-B

Anexos I, II e IV da Portaria n.º 343/2015, de 12 de outubro

1 — Para efeitos das experiências-piloto referidas no artigo anterior são aplicados os Anexos I, II e IV, com as seguintes especificidades:

a) No primeiro travessão do ponto 1.1. do Anexo I deve considerar-se: ‘As instalações referidas de seguida são consideradas por módulos 10 camas e por piso de internamento.’;

b) No primeiro travessão do ponto 1.1. do Anexo II deve considerar-se: ‘As instalações referidas de seguida são consideradas por um valor médio de 10 doentes, em cada dia, simultaneamente.’;

c) No Anexo IV passa a considerar-se a seguinte redação:

‘ANEXO IV

[...]

[...]	[...]	[...]
[...]	20	[...]
[...]	35	[...]
Enfermagem (a)	404	[...]
[...]	35	[...]
[...]	35	[...]
[...]	[...]	[...]
[...]	[...]	[...]
[...]	3	[...]
[...]	35	[...]
Auxiliar de Ação Médica/Ação Direta.	420	[...]

(a) Das quais: 108 horas de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação; 156 horas de cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediatria; e 140 horas de enfermagem de cuidados gerais.

[...]	Unidade de Dia e Promoção da Autonomia (a) Horas Semanais (b)	[...]
[...]	4	[...]
[...]	10	[...]
[...]	40	[...]
[...]	20	[...]
[...]	10	[...]
[...]	[...]	[...]
[...]	35	[...]
[...]	70 (c)	[...]
Terapeuta da fala	8	Presença dias úteis.
Nutricionista.	4	Presença dias úteis.

(a) Considera-se lotação de 10 lugares.

(b) [...].

(c) [...].

2 — Dos recursos humanos a afetar às unidades res-
peitantes às experiências-piloto não integram o anima-
dor sócio cultural, constante do Anexo IV.»

Artigo 3.º

Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Pelo Ministro do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, *Cláudia Sofia de Almeida Gaspar Joaquim*, Secretária de Estado da Segurança Social, em 19 de maio de 2016. — Pelo Ministro da Saúde, *Fernando Manuel Ferreira Araújo*, Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, em 20 de maio de 2016.

SAÚDE

Portaria n.º 154/2016

de 27 de maio

O Decreto-Lei n.º 97/2015, de 1 de junho, estabelece, no n.º 2 do seu artigo 8.º, a possibilidade de criação de um regime de preços notificados, remetendo para portaria a definição do tipo de medicamentos abrangidos.

A Portaria n.º 195-C/2015, de 30 de junho, que define as regras de formação dos preços máximos dos medicamentos, veio estabelecer, no seu artigo 14.º, que os medicamentos sujeitos a receita médica não comparticipados podem, a requerimento do titular de autorização de introdução no mercado, ser abrangidos pelo regime de preços notificados.

Após quase um ano de implementação deste regime foi feita uma avaliação do mesmo, revelando-se necessário proceder a algumas alterações, de forma a permitir a aplicação do regime de preços notificados aos medicamentos sujeitos a receita médica não comparticipados ou não comparticipáveis nos termos da Portaria n.º 195-C/2015, de 30 de junho.

O presente sistema de preços aplica-se a medicamentos que já se encontrem no mercado, assim como aos novos medicamentos a introduzir no mercado nacional.

A alteração do preço dos medicamentos decorrente da aplicação do regime de preços notificados fica sujeita a uma variação, previamente definida, com o objetivo de permitir uma flexibilização do preço sem pôr em causa os interesses dos doentes.

Procede-se também a uma regulamentação das margens de comercialização, de forma a atender às especificidades do sistema de preços notificados.

O sistema criado pela presente portaria será objeto de uma avaliação, ao fim de um ano de vigência, com o intuito de analisar o seu impacto e ponderar a evolução tendo em consideração os regimes de preços notificados existentes nos restantes países da União Europeia.

Assim, nos termos e ao abrigo do disposto nos n.ºs 2 e 4 do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 97/2015, de 1 de junho, manda o Governo, pelo Secretário de Estado da Saúde, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

A presente portaria regula o regime de preços notificados.

Artigo 2.º

Regime de preços notificados

1 — Podem ficar sujeitos ao regime de preços notificados os medicamentos sujeitos a receita médica não comparticipados ou não comparticipáveis nos termos da Portaria n.º 195-C/2015, de 30 de junho.

2 — O preço de venda ao público (PVP) máximo aprovado dos medicamentos referidos no número anterior pode ser alterado nos termos dos números seguintes.

3 — O titular de autorização de introdução no mercado do medicamento abrangido pelo âmbito de aplicação previsto no n.º 1 do presente artigo que pretenda praticar um PVP notificado deve comunicá-lo ao INFARMED — Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P.

MINISTÉRIO DA SAÚDE**Decreto-Lei n.º 8/2010****de 28 de Janeiro**

Os problemas de saúde mental, aliados a situações de demência que, em parte, resultam do aumento da esperança média de vida e do envelhecimento da população, importam severas consequências para a vida das famílias. Por isso, a saúde mental constitui uma das prioridades das políticas sociais e de saúde do XVIII Governo Constitucional, cujo programa prevê a criação de novas respostas de cuidados continuados integrados de saúde mental, em articulação com a segurança social, em função dos diferentes níveis de autonomia das pessoas com doença mental.

Tendo sido política iniciada no âmbito do XVII Governo Constitucional, nomeadamente com o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de Março, são agora concretizadas medidas para a organização e coordenação de unidades e equipas multidisciplinares com vista à prestação de apoio psicossocial e de cuidados médicos, ao reforço das competências, à reabilitação, à recuperação e integração social das pessoas com incapacidade psicossocial, bem como à promoção e reforço das capacidades das famílias que lidam com estas situações.

Assim, são criadas estruturas multidisciplinares de cuidados continuados integrados de saúde mental, adaptadas às características de grupos etários específicos, em articulação com a rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) e com os serviços locais de saúde mental (SLSM), previstos no Decreto-Lei n.º 304/2009, de 22 de Outubro, tendo também presente a lei de Saúde Mental, aprovada pela Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, passando a prestação de cuidados de saúde mental a ser assegurada por equipas e unidades multidisciplinares habilitadas a responder, de forma coordenada, aos aspectos médicos psicológicos, sociais, de enfermagem e de reabilitação.

Estas estruturas multidisciplinares que prestam cuidados continuados integrados de saúde mental são de três tipos: equipas de apoio domiciliário, unidades sócio-ocupacionais e unidades residenciais.

As equipas de apoio domiciliário actuam nos domicílios, auxiliam na supervisão e gestão da medicação e asseguram o apoio regular nos cuidados pessoais e nas actividades da vida diária, gestão doméstica e financeira, compras, confecção de alimentos, tratamento de roupas, manutenção da habitação, utilização dos transportes públicos e outros recursos comunitários.

As unidades sócio-ocupacionais localizam-se na comunidade e têm como destinatários pessoas com moderado e reduzido grau de incapacidade psicossocial, com disfuncionalidades na área relacional, ocupacional e de integração social. Estas unidades têm por finalidade a promoção da autonomia, a estabilidade emocional e a participação social, com vista à integração social, familiar e profissional.

Por último, as unidades residenciais, que apresentam diferentes níveis de intensidade, localizam-se preferencialmente na comunidade e asseguram a prestação de serviços médicos e sociais, são de quatro tipos: as residências de treino de autonomia, as residências autónomas de saúde mental, as residências de apoio moderado e as residências de apoio máximo.

As residências de treino de autonomia têm por finalidade a reintegração social e familiar das pessoas com incapacidade psicossocial, preparando-as para o regresso ao domicílio. As residências autónomas de saúde mental têm por finalidade proporcionar suporte residencial com vista à integração em actividades de socialização e de formação profissional ou emprego, a melhoria da qualidade de vida e maior participação social. As residências de apoio moderado têm por finalidade proporcionar cuidados que permitam a manutenção e o desenvolvimento das competências do doente, proporcionando-lhe melhor qualidade de vida e promovendo a integração sócio-ocupacional. E, finalmente, as residências de apoio máximo destinam-se a pessoas com elevado grau de incapacidade e têm por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência.

Foram ouvidos os órgãos de governo próprio das Regiões Autónomas, a Associação Nacional de Municípios Portugueses e a Comissão Nacional de Protecção de Dados.

Foram ouvidos, a título facultativo, a Federação Nacional de Entidades de Reabilitação de Doentes Mentais, os institutos das ordens religiosas, a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Enfermeiros, a Federação Nacional dos Médicos e o Sindicato Independente dos Médicos.

Foram promovidas as audições, a título facultativo, à União das Misericórdias Portuguesas, à Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade Social, à Federação Nacional de Associações de Famílias Pró Saúde Mental, ao Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, à Confederação Geral de Trabalhadores Portugueses, à União Geral de Trabalhadores e ao Conselho Nacional de Saúde Mental.

Assim:

No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, e nos termos das alíneas a) e c) do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

CAPÍTULO I**Disposições gerais****Artigo 1.º****Objecto**

1 — O presente decreto-lei cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade, adiante designadas como pessoas com incapacidade psicossocial.

2 — O referido conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados específicas de saúde mental inclui unidades residenciais, unidades sócio-ocupacionais e equipas de apoio domiciliário e articula-se com os serviços locais de saúde mental (SLSM) e com a rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI).

Artigo 2.º**Definições**

Para efeitos do disposto no presente decreto-lei, entende-se por:

a) «Autonomia», o conjunto de competências necessárias para o desempenho das actividades da vida diária,

da vida social e relacional bem como para a tomada de decisões independentes ao longo do percurso da vida;

b) «Cuidador», a pessoa adulta, membro ou não da família, que cuida da pessoa com incapacidade psicossocial, com ou sem remuneração, no sentido de realizar e proporcionar as actividades da vida diária com vista a minorar ou até mesmo suprir o *deficit* de autocuidado da pessoa que cuida;

c) «Cuidados continuados integrados de saúde mental», o conjunto de intervenções sequenciais de saúde mental e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na reabilitação e recuperação das pessoas com incapacidade psicossocial, entendida como o processo de reabilitação e de apoio social, activo e contínuo, que visa a promoção da autonomia e a melhoria da funcionalidade da pessoa em situação de dependência com vista à sua integração familiar e social;

d) «Dependência», a situação em que se encontra a pessoa com incapacidade psicossocial, que, por falta ou perda de autonomia psíquica, ou intelectual ou física, resultante de doença mental grave, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária;

e) «Doença mental grave», doença psiquiátrica, que, pelas características e evolução do seu quadro clínico, afecta de forma prolongada ou continua a funcionalidade da pessoa;

f) «Estrutura modular», a autonomização de um espaço físico dentro de uma estrutura física comum, de forma a recriar um ambiente próprio, tipo domicílio, o mais próximo do ambiente familiar;

g) «Funcionalidade», a capacidade da pessoa com doença mental grave, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, se relacionar com o meio envolvente e participar na vida social;

h) «Grau elevado de incapacidade psicossocial», a situação objectiva da pessoa com incapacidade psicossocial que apresente graves limitações funcionais ou cognitivas, com necessidade de apoio na higiene, alimentação e cuidados pessoais, na gestão do dinheiro e da medicação, reduzida mobilidade na comunidade, dificuldades relacionais acentuadas, incapacidade para reconhecer situações de perigo e desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e de terceiros;

i) «Grau moderado de incapacidade psicossocial», a situação objectiva da pessoa com incapacidade psicossocial que apresente limitações cognitivas ou funcionais medianas, com necessidade de supervisão regular na higiene, alimentação e cuidados pessoais, nas actividades de vida diária e doméstica, na gestão do dinheiro e da medicação, com dificuldades relacionais significativas, mas não apresentando disfuncionalidades a nível da mobilidade na comunidade e da capacidade para reconhecer situações de perigo e desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e de terceiros;

j) «Grau reduzido de incapacidade psicossocial», a situação objectiva da pessoa com incapacidade psicossocial que apresente limitações cognitivas ligeiras, com necessidade de supervisão periódica na gestão do dinheiro e da medicação e da organização da vida social e relacional, não apresentando disfuncionalidades a nível da mobilidade na comunidade, da autonomia funcional, da autonomia na higiene, alimentação e cuidados pessoais, nas actividades de vida diária e doméstica e da capacidade para reconhecer situações de perigo e desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e de terceiros;

l) «Incapacidade psicossocial», a situação objectiva de redução total ou parcial da capacidade da pessoa com doença mental grave para desempenhar as actividades da vida diária, no contexto social, familiar e profissional;

m) «Reabilitação psicossocial», o processo de desenvolvimento das capacidades psíquicas remanescentes e de aquisição de novas competências para o autocuidado, actividades de vida diária, relacionamento interpessoal, integração social e profissional e participação na comunidade;

n) «Recuperação», o processo que visa alcançar a autodeterminação e a procura de um caminho pessoal por parte das pessoas com problemas de saúde mental;

o) «Treino da autonomia», o conjunto de intervenções psicossociais destinado a promover a aquisição e ou a manutenção de competências para o desempenho, o mais independente possível, das actividades da vida diária e social.

Artigo 3.º

Princípios orientadores

Os cuidados continuados integrados de saúde mental são desenvolvidos de acordo com os seguintes princípios:

a) Consideração das necessidades globais, que permita o desenvolvimento das capacidades pessoais e a promoção da vida independente e de um papel activo na comunidade;

b) Respeito pela privacidade, confidencialidade e autodeterminação através do reconhecimento das decisões informadas acerca da própria vida;

c) Respeito pelos direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais, para o efectivo exercício da cidadania plena;

d) Respeito pela igualdade e proibição de discriminação com base no género, origem étnica ou social, idade, religião, ideologia ou outro qualquer estatuto;

e) Promoção de relações interpessoais significativas e das redes de suporte social informal;

f) Envolvimento e participação dos familiares e de outros cuidadores;

g) Integração das unidades em contextos comunitários inclusivos e não estigmatizantes;

h) Localização preferencial das unidades no âmbito territorial dos SLSM, de forma a facilitar a articulação e a continuidade de cuidados;

i) Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas;

j) Eficiência e qualidade na prestação dos serviços.

Artigo 4.º

Objectivos das unidades e equipas

Constituem objectivos das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental:

a) A reabilitação e autonomia das pessoas com incapacidade psicossocial;

b) A manutenção ou reforço das competências e capacidades das pessoas com incapacidade psicossocial, com vista ao desenvolvimento do seu processo de recuperação;

c) A integração familiar e social das pessoas com incapacidade psicossocial;

d) A promoção de vida na comunidade tão independente quanto possível das pessoas com incapacidade psicossocial.

cial que residam nos hospitais psiquiátricos, instituições psiquiátricas do sector social e departamentos ou serviços de psiquiatria de hospitais;

e) A promoção e o reforço das capacidades das famílias e outros cuidadores das pessoas com incapacidade psicossocial, habilitando-as a lidar com as situações daí decorrentes, facilitando e incentivando o acompanhamento familiar e promovendo a sua participação e envolvimento na prestação de cuidados.

Artigo 5.º

Dever de sigilo e responsabilidade civil

1 — Estão obrigados ao dever de sigilo profissional todos os profissionais que, nos termos do presente decreto-lei, directa ou indirectamente, tomem conhecimento de informações relativas à situação clínica das pessoas com as incapacidades mencionadas no artigo 2.º

2 — As unidades e equipas previstas no presente decreto-lei, bem como o pessoal que as integra, respondem pelos danos causados pelas pessoas com as incapacidades mencionadas no artigo 2.º, nos termos do regime geral de responsabilidade civil e criminal.

Artigo 6.º

Coordenação e organização

1 — A coordenação das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental é assegurada a nível nacional, sem prejuízo da coordenação operativa, regional e local nos termos a definir, quanto à constituição e competências das estruturas em causa, pela portaria referida no número seguinte.

2 — A coordenação e organização das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental obedecem a critérios de complementaridade e ao princípio do respeito da prevalência do interesse da pessoa incapaz e são definidas por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas do trabalho, da solidariedade social e da saúde, de acordo com os princípios previstos no artigo 3.º, abrangendo, nomeadamente:

a) A coordenação a nível nacional, regional e local e a necessária articulação com os parceiros que colaboram na prestação de cuidados continuados de saúde mental, bem como com outras entidades que considerem pertinentes para o exercício das suas competências;

b) As especificidades inerentes aos serviços prestados em cada tipologia, assim como os técnicos necessários, nos termos do n.º 4 do artigo 8.º;

c) A definição do instrumento único de avaliação do grau de incapacidade psicossocial, nos termos do n.º 2 do artigo 19.º;

d) A definição do instrumento único de avaliação da dependência, nos termos do n.º 3 do artigo 22.º;

e) Os modelos de promoção e gestão da qualidade para aplicação obrigatória em cada uma das unidades e equipas, nos termos do artigo 25.º;

f) O processo periódico de avaliação das unidades e equipas, nos termos do artigo 26.º;

g) A formação inicial e contínua dos recursos humanos das unidades e equipas, nos termos do n.º 1 do artigo 27.º;

h) A cooperação e colaboração entre as diversas unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental.

Artigo 7.º

Articulação com os serviços locais de saúde mental

1 — As unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental funcionam em articulação com os SLSM, previstos no artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro.

2 — Nos termos do disposto no número anterior, os SLSM devem assegurar, designadamente:

a) A referenciação das pessoas com incapacidade psicossocial para as unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, de acordo com o diploma referido no número anterior;

b) A prestação de cuidados de psiquiatria e de saúde mental às pessoas com incapacidade psicossocial integradas nas unidades e equipas, nos termos previstos no presente decreto-lei.

CAPÍTULO II

Tipologias

Artigo 8.º

Tipologia das unidades e equipas

1 — A prestação de cuidados continuados integrados de saúde mental é assegurada por:

- a) Unidades residenciais;
- b) Unidades sócio-ocupacionais;
- c) Equipas de apoio domiciliário.

2 — Constituem unidades residenciais:

- a) Residências de treino de autonomia;
- b) Residências autónomas de saúde mental;
- c) Residências de apoio moderado;
- d) Residências de apoio máximo.

3 — As diferentes tipologias são adaptadas às características de grupos etários específicos, nomeadamente da infância e adolescência.

4 — As especificidades inerentes aos serviços prestados em cada tipologia, assim como os técnicos necessários, são fixadas na portaria prevista no artigo 6.º

SECÇÃO I

Unidades residenciais

Artigo 9.º

Caracterização

1 — As unidades residenciais têm obrigatoriamente direcção técnica, função desempenhada por técnico da área de saúde mental ou área social.

2 — As unidades residenciais apresentam diversos níveis de intensidade e periodicidade e asseguram, designadamente, os seguintes serviços, de acordo com os níveis de complexidade das diferentes tipologias:

a) Acesso a cuidados médicos gerais e da especialidade de psiquiatria;

b) Cuidados de enfermagem gerais e especializados em saúde mental e psiquiátrica;

- c) Acesso e prestação a dispositivos médicos e meios de diagnóstico e terapêutica;
- d) Apoio psicossocial, de reabilitação e de integração na comunidade;
- e) Apoio a familiares e outros cuidadores;
- f) Actividades de vida diária e de lazer;
- g) Apoio de pessoal auxiliar;
- h) Transporte de doentes residentes para exames, consultas e tratamentos.

Artigo 10.º

Residência de treino de autonomia

1 — A residência de treino de autonomia é uma unidade residencial, localizada preferencialmente na comunidade, destinada a desenvolver programas de reabilitação psicossocial para pessoas com moderado e reduzido grau de incapacidade psicossocial, estabilizadas clinicamente e que conservam alguma funcionalidade.

2 — A residência de treino de autonomia tem por finalidade a reintegração social e familiar das pessoas com incapacidade psicossocial, preparando-as para o regresso ao domicílio ou, em caso de ausência de suporte familiar ou social adequado, para a admissão em outras unidades e equipas.

3 — A residência de treino de autonomia pode abranger as situações de continuidade de cuidados subjacentes ao processo de tratamento, designadamente da fase de consolidação da estabilização clínica e início do processo de reabilitação psicossocial, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação clínica.

4 — A permanência na residência de treino de autonomia tem uma duração máxima de 12 meses consecutivos.

5 — A capacidade das residências de treino de autonomia é de 6 a 12 lugares, com estrutura modular até 6 pessoas em capacidade máxima.

Artigo 11.º

Residência autónoma de saúde mental

1 — A residência autónoma de saúde mental é uma estrutura residencial, localizada na comunidade e destinada a pessoas com um reduzido grau de incapacidade psicossocial, clinicamente estabilizadas, sem suporte familiar ou social adequado.

2 — A residência autónoma de saúde mental tem por finalidade proporcionar suporte residencial que permita a integração em actividades de socialização e de formação profissional ou emprego, promovendo melhor qualidade de vida e maior participação social.

3 — A capacidade máxima das residências autónomas é de sete lugares.

Artigo 12.º

Residência de apoio moderado

1 — A residência de apoio moderado é uma estrutura residencial, localizada na comunidade, destinada a pessoas com moderado grau de incapacidade psicossocial, clinicamente estabilizadas, impossibilitadas de serem tratadas no domicílio por ausência de suporte familiar ou social adequado.

2 — A residência de apoio moderado tem por finalidade proporcionar cuidados que permitam a manutenção e o

desenvolvimento da funcionalidade existente, proporcionando melhor qualidade de vida e promovendo a integração sócio-ocupacional.

3 — A residência de apoio moderado destina-se a pessoas com necessidade de apoio por um período imprevisível de tempo e em situações pontuais para descanso do principal cuidador até 30 dias por ano.

4 — A capacidade das residências de apoio moderado é de 12 a 16 lugares com estrutura modular de 6 a 8 pessoas.

Artigo 13.º

Residência de apoio máximo

1 — A residência de apoio máximo é uma estrutura residencial, localizada na comunidade, destinada a pessoas clinicamente estabilizadas com elevado grau de incapacidade psicossocial, impossibilitadas de serem tratadas no domicílio por ausência de suporte familiar ou social adequado.

2 — A residência de apoio máximo tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência.

3 — A residência de apoio máximo destina-se a pessoas com necessidade de apoio por um período imprevisível de tempo e em situações pontuais para descanso do principal cuidador até 30 dias por ano.

4 — A capacidade das residências de apoio máximo é de 18 a 32 lugares, com estrutura modular de 6 a 8 pessoas.

SECÇÃO II

Unidades sócio-ocupacionais

Artigo 14.º

Caracterização

1 — A unidade sócio-ocupacional localiza-se na comunidade, em espaço físico próprio, sendo destinada a pessoas com moderado e reduzido grau de incapacidade psicossocial, clinicamente estabilizadas, mas com disfuncionalidades na área relacional, ocupacional e de integração social.

2 — A unidade sócio-ocupacional tem por finalidade a promoção de autonomia, a estabilidade emocional e a participação social, com vista à integração social, familiar e profissional.

3 — A unidade sócio-ocupacional funciona, no mínimo, oito horas por dia, nos dias úteis.

4 — A capacidade da unidade sócio-ocupacional é de 30 lugares diários.

5 — As unidades sócio-ocupacionais têm uma direcção técnica, cuja função é desempenhada por técnico da área de saúde mental ou área social.

Artigo 15.º

Serviços

A unidade sócio-ocupacional assegura, designadamente, os seguintes serviços:

- a) Apoio e reabilitação psicossocial e nas actividades de vida diária;
- b) Apoio sócio-ocupacional, incluído convívio e lazer;
- c) Supervisão na gestão da medicação;

- d) Apoio aos familiares e outros cuidadores com vista à reintegração familiar;
- e) Apoio de grupos de auto-ajuda;
- f) Apoio e encaminhamento para serviços de formação e de integração profissional;
- g) Promoção de actividades sócio-culturais e desportivas em articulação com as autarquias, associações culturais, desportivas e recreativas ou outras estruturas da comunidade.

SECÇÃO III

Equipas de apoio domiciliário

Artigo 16.º

Caracterização

1 — A equipa de apoio domiciliário em cuidados continuados integrados de saúde mental desenvolve as actividades necessárias de forma a:

- a) Maximizar a autonomia da pessoa com incapacidade psicossocial;
- b) Reforçar a sua rede de suporte social através da promoção de relações interpessoais significativas;
- c) Melhorar a sua integração social e o acesso aos recursos comunitários;
- d) Prevenir internamentos hospitalares e admissões em unidades residenciais;
- e) Sinalizar e encaminhar situações de descompensação para os SLSM;
- f) Apoiar a participação das famílias e outros cuidadores na prestação de cuidados no domicílio.

2 — As equipas de apoio domiciliário podem estar vinculadas e ser coordenadas tecnicamente por uma unidade residencial, uma unidade sócio-ocupacional, um agrupamento de centros de saúde (ACES) ou um SLSM.

Artigo 17.º

Serviços

A equipa de apoio domiciliário assegura, designadamente, os seguintes serviços:

- a) Acesso a apoio multiprofissional de saúde mental;
- b) Envolvimento dos familiares e outros cuidadores, quando necessário;
- c) Promoção da autonomia, através do apoio regular nos cuidados pessoais e nas actividades da vida diária, gestão doméstica e financeira, compras, confecção de alimentos, tratamento de roupas, manutenção da habitação, utilização dos transportes públicos e outros recursos comunitários;
- d) Supervisão na gestão da medicação;
- e) Promoção do acesso a actividades ocupacionais, de convívio ou de lazer.

CAPÍTULO III

Acesso, ingresso e mobilidade

Artigo 18.º

Acesso

São destinatários das unidades e equipas previstas no presente decreto-lei as pessoas com incapacidade psicossocial e necessidade de cuidados continuados integrados de saúde mental que:

a) Se encontrem a viver na comunidade;

b) Tenham alta das unidades de agudos dos hospitais psiquiátricos, das instituições psiquiátricas do sector social ou dos departamentos e serviços de psiquiatria e pedopsiquiatria dos hospitais;

c) Tenham alta das unidades de internamento de longa duração, públicas ou privadas;

d) Sejam referenciadas pelos SLSM.

Artigo 19.º

Ingresso

1 — A admissão nas unidades e equipas é determinada pela respectiva equipa coordenadora, sob proposta dos SLSM ou das instituições psiquiátricas do sector social.

2 — Para efeitos da proposta de ingresso nas unidades e equipas, o grau de incapacidade psicossocial é determinado através de um instrumento único de avaliação, definido na portaria prevista no artigo 6.º

Artigo 20.º

Mobilidade

1 — Esgotado o prazo de internamento fixado e não sendo atingidos os objectivos terapêuticos, deve o responsável da unidade ou equipa preparar a saída, em articulação com a respectiva equipa coordenadora e o SLSM, tendo em vista o ingresso da pessoa na unidade ou equipa mais adequada, procurando atingir a melhoria ou a recuperação, ganhos visíveis na autonomia ou bem-estar e na qualidade da vida.

2 — A preparação da saída, a que se refere o número anterior, deve ser iniciada com uma antecedência suficiente que permita a elaboração de informação clínica e social, que habilite a elaboração do plano individual de cuidados, bem como a sequencialidade da prestação de cuidados, aquando do ingresso noutra unidade ou equipa.

3 — Sempre que necessário, considerando a natureza do caso e a condição da pessoa, deve ser dado aos familiares e outros cuidadores conhecimento dos procedimentos previstos no número anterior.

CAPÍTULO IV

Organização

Artigo 21.º

Unidades de cuidados continuados integrados de saúde mental

1 — As unidades de cuidados continuados integrados de saúde mental (UCCISM) são criadas por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas do trabalho, da solidariedade social e da saúde, a partir da adaptação ou reconversão de estruturas já existentes, ou a criar, vocacionadas para dar resposta exclusiva a situações específicas de incapacidade psicossocial.

2 — Em função das necessidades e com vista à racionalização e coordenação dos recursos locais, as UCCISM podem integrar mais que uma tipologia, desde que assegurem os espaços, equipamentos e outros re-

curso específicos de cada resposta, sem prejuízo da eficaz e eficiente prestação continuada e integrada de cuidados.

3 — As UCCISM, segundo as características e o volume de necessidades, podem diferenciar-se de acordo com diferentes patologias e organizar-se internamente atendendo aos graus de dependência das pessoas.

Artigo 22.º

Instrumentos de utilização comum

1 — A gestão das unidades e equipas assenta num sistema de informação.

2 — Cada unidade ou serviço deve dispor de um processo individual de cuidados continuados integrados da pessoa em situação de incapacidade psicossocial, do qual deve constar:

- a) O registo de admissão;
- b) As informações de alta;
- c) O diagnóstico de necessidades;
- d) O plano individual de intervenção;
- e) O registo de avaliação semanal e eventual aferição do plano individual de intervenção.

3 — O diagnóstico da situação de incapacidade psicossocial constitui o suporte da definição dos planos individuais de intervenção, obedecendo a um instrumento único de avaliação da dependência, definido na portaria prevista no artigo 6.º

4 — Os instrumentos de utilização comum devem permitir a gestão uniforme dos diferentes níveis de coordenação das unidades e equipas.

5 — Os dados pessoais, incluindo clínicos, referidos no n.º 2 são introduzidos em suporte informático, só podendo ser tratados por profissionais de saúde ou outros técnicos também sujeitos a sigilo profissional.

6 — As bases de dados a constituir para a finalidade prevista no n.º 2 são criadas, desenvolvidas e mantidas, incluindo o seu necessário interface com as bases de dados da segurança social, nos termos da Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro, sendo o meio e o modo de acesso aos respectivos dados definidos por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, a emitir no prazo de 90 dias, a qual define igualmente as medidas de segurança referentes a operações inseridas no sistema de informação, quer no âmbito de cada tratamento quer a respeito de quaisquer comunicações de dados.

Artigo 23.º

Entidades promotoras e gestoras

1 — As entidades promotoras e gestoras das unidades e equipas revestem uma das seguintes formas:

- a) Entidades públicas dotadas de autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- b) Entidades públicas empresariais;
- c) Instituições particulares de solidariedade social e equiparadas ou que prossigam fins idênticos;
- d) Entidades privadas com fins lucrativos.

2 — O disposto no número anterior não prejudica a gestão de instituições do Serviço Nacional de Saúde, no seu todo ou em parte, por outras entidades, públicas ou

privadas, mediante contrato de gestão ou em regime de convenção por grupos de profissionais, nos termos do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, e de acordo com o disposto no Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto.

Artigo 24.º

Obrigações das entidades promotoras e gestoras

Constituem obrigações das entidades previstas no artigo anterior, perante as administrações regionais de saúde e os centros distritais do Instituto da Segurança Social, I. P., as constantes do modelo de contratualização a aprovar e, ainda, designadamente:

a) Prestar os cuidados e serviços definidos nos contratos para implementação e funcionamento das unidades e equipas;

b) Facultar à equipa coordenadora o acesso a todas as instalações das unidades e equipas, bem como às informações indispensáveis à avaliação e auditoria do seu funcionamento;

c) Remeter à equipa coordenadora o quadro de recursos humanos existentes nas unidades e equipas e o respectivo regulamento interno, para aprovação, até 30 dias antes da sua entrada em vigor;

d) Comunicar à equipa coordenadora, com uma antecedência mínima de 90 dias, a cessação de actividade das unidades e equipas, sem prejuízo do tempo necessário ao encaminhamento e colocação das pessoas nelas residentes.

CAPÍTULO V

Qualidade e avaliação

Artigo 25.º

Promoção e garantia da qualidade

Os modelos de promoção e gestão da qualidade para aplicação obrigatória em cada uma das unidades e equipas são fixados na portaria prevista no artigo 6.º

Artigo 26.º

Avaliação

As unidades e equipas estão sujeitas a um processo periódico de avaliação que integra a auto-avaliação anual e a avaliação externa, da iniciativa da equipa coordenadora, nos termos definidos na portaria prevista no artigo 6.º

CAPÍTULO VI

Recursos humanos

Artigo 27.º

Recursos humanos

1 — A política de recursos humanos para as unidades e equipas rege-se por padrões de qualidade, consubstanciada através de formação inicial e contínua, definida na portaria prevista no artigo 6.º

2 — A prestação de cuidados nas unidades e equipas é garantida por equipas multidisciplinares, podendo contar com a colaboração de voluntários devidamente seleccionados, formados e enquadrados como prestadores de cuidados informais.

CAPÍTULO VII

Instalações, funcionamento, fiscalização e licenciamento

Artigo 28.º

Instalações, funcionamento, fiscalização e licenciamento

1 — As condições e requisitos de construção, funcionamento, licenciamento e segurança das instalações e pessoas das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental obedecem ao estipulado na lei.

2 — As condições e requisitos a que se refere o número anterior, bem como o regime de fiscalização são definidos nos termos a regulamentar por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas do trabalho e da solidariedade social e da saúde.

CAPÍTULO VIII

Financiamento das unidades e equipas

Artigo 29.º

Financiamento

O financiamento das unidades e equipas, dependendo das condições de funcionamento das respostas, obedece ao princípio da diversificação das fontes de financiamento e da adequação selectiva mediante modelo de financiamento próprio, a aprovar por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, do trabalho, solidariedade social e da saúde.

Artigo 30.º

Modelo de financiamento

1 — O financiamento das unidades e equipas é da responsabilidade dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, consoante a natureza dos cuidados prestados, nos seguintes termos:

a) O financiamento de cada tipo de serviços é específico, com preços adequados e revistos periodicamente, nos termos definidos na portaria prevista no artigo anterior;

b) O financiamento das diferentes unidades e equipas deve ser diferenciado através de métodos contabilísticos apropriados, designadamente com recursos a centros de custo próprios.

2 — Os encargos com a prestação das unidades e equipas de cuidados continuados de saúde mental fazem parte integrante dos orçamentos das respectivas administrações regionais de saúde e os encargos com a prestação do apoio social dos orçamentos dos respectivos organismos do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

3 — A utilização das unidades residenciais e das unidades sócio-ocupacionais ou do apoio ao domicílio é comparticipada pela pessoa com incapacidade psicossocial, na componente de apoio social, em função do seu rendimento ou do seu agregado familiar, nos termos a regulamentar.

CAPÍTULO IX

Disposições transitórias e finais

Artigo 31.º

Aplicação progressiva

As unidades e equipas previstas no presente decreto-lei são implementadas progressivamente, através de experiências piloto, a criar no período de 12 meses a contar da sua entrada em vigor.

Artigo 32.º

Regulamentação

O presente decreto-lei deve ser regulamentado no prazo de 90 dias após a sua entrada em vigor.

Artigo 33.º

Adaptação dos estabelecimentos e serviços existentes

1 — O despacho conjunto n.º 407/98, de 18 de Junho, mantém-se transitoriamente em vigor no que se refere às respostas já existentes dirigidas às pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico, até à sua reconversão nas unidades e equipas previstas no presente decreto-lei.

2 — As unidades de apoio integrado criadas no âmbito do despacho conjunto n.º 407/98, de 18 de Junho, bem como outros estabelecimentos e serviços idênticos que se encontrem em funcionamento à data da entrada em vigor do presente decreto-lei, são progressivamente objecto de reconversão, assegurando a continuidade da prestação de cuidados já existente.

3 — Os termos e as prioridades de reconversão são definidos por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas do trabalho, da solidariedade social e da saúde.

4 — A reconversão das respostas, prevista no número anterior, deve ser concluída no prazo de 24 meses.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 19 de Novembro de 2009. — *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa* — *Fernando Teixeira dos Santos* — *Maria Helena dos Santos André* — *Manuel Francisco Pizarro Sampaio e Castro*.

Promulgado em 15 de Janeiro de 2010.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 18 de Janeiro de 2010.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

ou de contratação bilateral ou através de comercializadores não regulados e que ofereçam um valor de potência máxima interruptível não inferior a 4 MW, para todos os tipos de interruptibilidade. As dificuldades, entretanto, verificadas na apresentação da proposta e na definição das especificações técnicas dos equipamentos a instalar para a adesão ao serviço de interruptibilidade, levaram ao estabelecimento, através da Portaria n.º 1308/2010, de 23 de Dezembro, de um regime transitório que vigora entre 1 de Janeiro e 30 de Novembro de 2011, durante o qual será permitido contratar com o operador da rede de transporte a prestação do serviço de interruptibilidade no mercado livre, com dispensa dos requisitos previstos nas alíneas c) e d) do artigo 8.º da Portaria n.º 592/2010, de 29 de Julho. Para além deste regime a Portaria n.º 1308/2010, de 23 de Dezembro, introduziu também uma valorização da modulação na fórmula de remuneração definida pela Portaria n.º 592/2010, de 29 de Julho. Por outro lado, a Portaria n.º 1309/2010, de 23 de Dezembro, veio estabelecer o regime transitório aplicável durante o ano de 2011, à prestação do serviço de interruptibilidade por consumidores em MAT, AT e MT que, contratando a sua energia eléctrica directamente em mercado organizado, através de contratação bilateral ou através de comercializadores não regulados e que ofereçam um valor de potência máxima interruptível inferior a 4 MW e não inferior a 0,25 MW. Nestas condições, para que o consumidor que ofereça uma potência máxima interruptível superior a 4 MW não fique prejudicado relativamente aos consumidores abrangidos pela Portaria n.º 1309/2010, de 23 de Dezembro, excepciona-se, durante o ano interruptível compreendido entre 1 de Novembro de 2010 e 31 de Outubro de 2011, a aplicação do prazo limite de 15 de Setembro previsto no n.º 2 do artigo 10.º da Portaria n.º 592/2010, de 29 de Julho para o pedido de formalização do contrato de adesão ao serviço de interruptibilidade.

A Portaria n.º 592/2010, de 29 de Julho, estabelece que os consumidores de energia eléctrica que desejem prestar o serviço de interruptibilidade devem preencher vários requisitos, sendo um deles o de não desenvolverem uma actividade que inclua serviços essenciais em que a aplicação do serviço de interruptibilidade possa pôr em risco a segurança de pessoas ou bens.

Para que o consumidor de energia eléctrica conheça antecipadamente as actividades para as quais não se verifica um dos requisitos exigidos para adesão ao serviço de interruptibilidade e simultaneamente poder facilitar a emissão da declaração confirmativa da situação de cada consumidor, para efeitos da celebração do contrato de adesão ao serviço de interruptibilidade, por parte da Direcção-Geral de Energia e Geologia, é aditado um anexo à Portaria n.º 592/2010, de 29 de Julho, em que se tipificam as actividades que incluem serviços essenciais em que a aplicação do serviço de interruptibilidade possa pôr em risco a segurança de pessoas ou bens.

Assim:

Manda o Governo, pelo Secretário de Estado da Energia e da Inovação, ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 172/2006, de 23 de Agosto, o seguinte:

Artigo 1.º

Pedido de adesão

Excepcionalmente, para os consumidores de energia eléctrica que desejem prestar o serviço de interruptibili-

dade durante o ano interruptível compreendido entre 1 de Novembro de 2010 e 31 de Outubro de 2011, não é aplicável o prazo previsto no n.º 2 do artigo 10.º da Portaria n.º 592/2010, de 29 de Julho.

Artigo 2.º

Serviços essenciais

É aditado o seguinte anexo à Portaria n.º 592/2010, de 29 de Julho, da qual passa a fazer parte integrante:

«ANEXO I

Serviços essenciais para efeitos da alínea f) do n.º 1 do artigo 8.º da Portaria n.º 592/2010:

- a) Iluminação pública a cargo das Administrações Públicas;
- b) Fornecimento de água;
- c) Fornecimento de energia eléctrica;
- d) Fornecimento de gás natural;
- e) Correios e telecomunicações;
- f) Recolha e tratamento de águas residuais;
- g) Gestão de resíduos sólidos urbanos;
- h) Serviços médicos e hospitalares;
- i) Serviços directamente vinculados à defesa nacional, às forças de segurança pública, aos bombeiros, à protecção civil;
- j) Transportes de serviço público e respectivos equipamentos e instalações dedicadas à segurança do tráfego terrestre, marítimo ou aéreo.»

Artigo 3.º

Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no seguinte à da sua publicação.

O Secretário de Estado da Energia e da Inovação, *José Carlos das Dores Zorrinho*, em 28 de Janeiro de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Decreto-Lei n.º 22/2011

de 10 de Fevereiro

O presente decreto-lei clarifica os termos da responsabilidade civil das unidades, equipas e pessoal da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental, criada pelo Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro. Este decreto-lei permitiu oferecer um novo conjunto de respostas de cuidados continuados integrados, destinadas especificamente a pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade.

A prática e a implementação desta rede de cuidados determinaram a necessidade de alguns ajustes no regime criado, nomeadamente quanto aos termos da responsabilidade civil das unidades e equipas aí previstas e do pessoal que as integra.

Além disso, entendeu-se ser mais pertinente remeter questões de natureza operacional para regulamentação do Governo, de forma a que o quadro de referência legal no domínio dos cuidados continuados integrados de saúde mental seja menos vulnerável a alterações pontuais.

No sentido da clarificação do regime vigente, opta-se também pela republicação do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro.

Finalmente, o presente decreto-lei procede ainda à alteração da composição do Conselho Nacional de Saúde Mental, criado pelo Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro, no sentido de incluir um representante das instituições particulares de solidariedade social com intervenção na área da saúde mental.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º

Alteração ao Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro

Os artigos 5.º, 9.º, 14.º e 16.º do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro, passam a ter a seguinte redacção:

«Artigo 5.º

[...]

1 —

2 — As unidades e equipas previstas no presente decreto-lei, bem como o pessoal que as integra, são responsáveis, nos termos do artigo 491.º do Código Civil, pelos danos causados pelas pessoas com as incapacidades mencionadas no artigo 2.º

Artigo 9.º

Unidades residenciais

1 — Constituem unidades residenciais:

- a) Residências de treino de autonomia;
- b) Residências autónomas de saúde mental;
- c) Residências de apoio moderado;
- d) Residências de apoio máximo.

2 — (Anterior n.º 1.)

3 — (Anterior n.º 2.)

Artigo 14.º

Unidades sócio-ocupacionais

1 —

2 —

3 — (Revogado.)

4 — (Revogado.)

5 —

Artigo 16.º

Equipas de apoio domiciliário

1 —

2 —»

Artigo 2.º

Alteração sistemática

São eliminadas as três secções em que se divide o capítulo II do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro, designado «Tipologias».

Artigo 3.º

Alteração ao Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro

O artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro, e pelo Decreto-Lei n.º 304/2009, de 22 de Outubro, passa a ter a seguinte redacção:

«Artigo 3.º

[...]

1 —

2 —

a)

b)

c)

d)

e)

f)

g)

h)

i)

j) Um representante das instituições particulares de solidariedade social, com intervenção na área da saúde mental;

l) [Anterior alínea j).]

m) [Anterior alínea l).]

n) [Anterior alínea m).]

o) [Anterior alínea n).]

p) [Anterior alínea o).]

q) [Anterior alínea p).]

r) [Anterior alínea q).]

3 —»

Artigo 4.º

Revogação ao Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro

São revogados o n.º 2 do artigo 8.º, os artigos 10.º, 11.º, 12.º, e 13.º e os n.ºs 3 e 4 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro.

Artigo 5.º

Republicação

É republicado, em anexo ao presente decreto-lei, do qual faz parte integrante, o Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro, com a redacção actual.

Artigo 6.º

Entrada em vigor

O presente decreto-lei entra em vigor no 1.º dia do mês seguinte ao da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 25 de Novembro de 2010. — José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa — Fernando Teixeira dos Santos — Pedro Manuel Dias de Jesus Marques — Ana Maria Teodoro Jorge.

Promulgado em 26 de Janeiro de 2011.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 31 de Janeiro de 2011.

O Primeiro-Ministro, José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa.

ANEXO

(a que se refere o artigo 5.º)

Republicação do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objecto

1 — O presente decreto-lei cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade, adiante designadas como pessoas com incapacidade psicossocial.

2 — O referido conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados específicas de saúde mental, inclui unidades residenciais, unidades sócio ocupacionais e equipas de apoio domiciliário, e articula-se com os serviços locais de saúde mental (SLSM) e com a rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI).

Artigo 2.º

Definições

Para efeitos do disposto no presente decreto-lei, entende-se por:

a) «Autonomia», o conjunto de competências necessárias para o desempenho das actividades da vida diária, da vida social e relacional bem como para a tomada de decisões independentes ao longo do percurso da vida;

b) «Cuidador», a pessoa adulta, membro ou não da família, que cuida da pessoa com incapacidade psicossocial, com ou sem remuneração, no sentido de realizar e proporcionar as actividades da vida diária com vista a minorar ou até mesmo suprir o *deficit* de auto cuidado da pessoa que cuida;

c) «Cuidados continuados integrados de saúde mental», o conjunto de intervenções sequenciais de saúde mental e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na reabilitação e recuperação das pessoas com incapacidade psicossocial, entendida como o processo de reabilitação e de apoio social, activo e contínuo, que visa a promoção da autonomia e a melhoria da funcionalidade da pessoa em situação de dependência com vista à sua integração familiar e social;

d) «Dependência», a situação em que se encontra a pessoa com incapacidade psicossocial, que por falta ou perda de autonomia psíquica, ou intelectual ou física, resultante de doença mental grave, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária;

e) «Doença mental grave», doença psiquiátrica, que, pelas características e evolução do seu quadro clínico, afecta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa;

f) «Estrutura modular», a autonomização de um espaço físico dentro de uma estrutura física comum, de forma a recriar um ambiente próprio, tipo domicílio, o mais próximo do ambiente familiar;

g) «Funcionalidade», a capacidade da pessoa com doença mental grave, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, se relacionar com o meio envolvente e participar na vida social;

h) «Grau elevado de incapacidade psicossocial», a situação objectiva da pessoa com incapacidade psicossocial que apresente graves limitações funcionais ou cognitivas, com necessidade de apoio na higiene, alimentação e cuidados pessoais, na gestão do dinheiro e da medicação, reduzida mobilidade na comunidade, dificuldades relacionais acentuadas, incapacidade para reconhecer situações de perigo e desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e de terceiros;

i) «Grau moderado de incapacidade psicossocial», a situação objectiva da pessoa com incapacidade psicossocial que apresente limitações cognitivas ou funcionais medianas, com necessidade de supervisão regular na higiene, alimentação e cuidados pessoais, nas actividades de vida diária e doméstica, na gestão do dinheiro e da medicação, com dificuldades relacionais significativas mas não apresentando disfuncionalidades a nível da mobilidade na comunidade e da capacidade para reconhecer situações de perigo e desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e de terceiros;

j) «Grau reduzido de incapacidade psicossocial», a situação objectiva da pessoa com incapacidade psicossocial que apresente limitações cognitivas ligeiras, com necessidade de supervisão periódica na gestão do dinheiro e da medicação, e da organização da vida social e relacional, não apresentando disfuncionalidades a nível da mobilidade na comunidade, da autonomia funcional, da autonomia na higiene, alimentação e cuidados pessoais, nas actividades de vida diária e doméstica e da capacidade para reconhecer situações de perigo e desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e de terceiros;

l) «Incapacidade psicossocial», a situação objectiva de redução total ou parcial da capacidade da pessoa com doença mental grave para desempenhar as actividades da vida diária, no contexto social, familiar e profissional;

m) «Reabilitação psicossocial», o processo de desenvolvimento das capacidades psíquicas remanescentes e de aquisição de novas competências para o autocuidado, actividades de vida diária, relacionamento interpessoal, integração social e profissional e participação na comunidade;

n) «Recuperação», o processo que visa alcançar a auto-determinação e a procura de um caminho pessoal por parte das pessoas com problemas de saúde mental;

o) «Treino da autonomia», o conjunto de intervenções psicossociais destinado a promover a aquisição e ou a manutenção de competências para o desempenho, o mais independente possível, das actividades da vida diária e social.

Artigo 3.º

Princípios orientadores

Os cuidados continuados integrados de saúde mental são desenvolvidos de acordo com os seguintes princípios:

a) Consideração das necessidades globais, que permita o desenvolvimento das capacidades pessoais e a promoção da vida independente e de um papel activo na comunidade;

b) Respeito pela privacidade, confidencialidade e autodeterminação através do reconhecimento das decisões informadas acerca da própria vida;

c) Respeito pelos direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais, para o efectivo exercício da cidadania plena;

d) Respeito pela igualdade e proibição de discriminação com base no género, origem étnica ou social, idade, religião, ideologia ou outro qualquer estatuto;

e) Promoção de relações interpessoais significativas, e das redes de suporte social informal;

f) Envolvimento e participação dos familiares e de outros cuidadores;

g) Integração das unidades em contextos comunitários inclusivos e não estigmatizantes;

h) Localização preferencial das unidades no âmbito territorial dos SLSM, de forma a facilitar a articulação e a continuidade de cuidados;

i) Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas;

j) Eficiência e qualidade na prestação dos serviços.

Artigo 4.º

Objectivos das unidades e equipas

Constituem objectivos das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental:

a) A reabilitação e autonomia das pessoas com incapacidade psicossocial;

b) A manutenção ou reforço das competências e capacidades das pessoas com incapacidade psicossocial, com vista ao desenvolvimento do seu processo de recuperação;

c) A integração familiar e social das pessoas com incapacidade psicossocial;

d) A promoção de vida na comunidade tão independente quanto possível das pessoas com incapacidade psicossocial que residam nos hospitais psiquiátricos, instituições psiquiátricas do sector social e departamentos ou serviços de psiquiatria de hospitais;

e) A promoção e o reforço das capacidades das famílias e outros cuidadores das pessoas com incapacidade psicossocial, habilitando-as a lidar com as situações daí decorrentes, facilitando e incentivando o acompanhamento familiar e promovendo a sua participação e envolvimento na prestação de cuidados.

Artigo 5.º

Dever de sigilo e responsabilidade civil

1 — Estão obrigados ao dever de sigilo profissional todos os profissionais que, nos termos do presente decreto-lei, directa ou indirectamente, tomem conhecimento de informações relativas à situação clínica das pessoas com as incapacidades mencionadas no artigo 2.º

2 — As unidades e equipas previstas no presente decreto-lei, bem como o pessoal que as integra, são responsáveis, nos termos do artigo 491.º do Código Civil, pelos danos causados pelas pessoas com as incapacidades mencionadas no artigo 2.º

Artigo 6.º

Coordenação e organização

1 — A coordenação das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental é assegurada a nível nacional, sem prejuízo da coordenação operativa, regional e local nos termos a definir, quanto à constitui-

ção e competências das estruturas em causa, pela portaria referida no número seguinte.

2 — A coordenação e organização das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental obedecem a critérios de complementaridade e ao princípio do respeito da prevalência do interesse da pessoa incapaz e são definidas por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas do trabalho, da solidariedade social e da saúde, de acordo com os princípios previstos no artigo 3.º, abrangendo, nomeadamente:

a) A coordenação a nível nacional, regional e local e a necessária articulação com os parceiros que colaboram na prestação de cuidados continuados de saúde mental, bem como com outras entidades que considerem pertinentes para o exercício das suas competências;

b) As especificidades inerentes aos serviços prestados em cada tipologia, assim como os técnicos necessários, nos termos do n.º 4 do artigo 8.º;

c) A definição do instrumento único de avaliação do grau de incapacidade psicossocial, nos termos do n.º 2 do artigo 19.º;

d) A definição do instrumento único de avaliação da dependência, nos termos do n.º 3 do artigo 22.º;

e) Os modelos de promoção e gestão da qualidade para aplicação obrigatória em cada uma das unidades e equipas, nos termos do artigo 25.º;

f) O processo periódico de avaliação das unidades e equipas, nos termos do artigo 26.º;

g) A formação inicial e contínua dos recursos humanos das unidades e equipas, nos termos do n.º 1 do artigo 27.º;

h) A cooperação e colaboração entre as diversas unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental.

Artigo 7.º

Articulação com os serviços locais de saúde mental

1 — As unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental funcionam em articulação com os SLSM, previstos no artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro.

2 — Nos termos do disposto no número anterior, os SLSM devem assegurar, designadamente:

a) A referenciação das pessoas com incapacidade psicossocial para as unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, de acordo com o diploma referido no número anterior;

b) A prestação de cuidados de psiquiatria e de saúde mental às pessoas com incapacidade psicossocial integradas nas unidades e equipas, nos termos previstos no presente decreto-lei.

CAPÍTULO II

Tipologias

Artigo 8.º

Tipologia das unidades e equipas

1 — A prestação de cuidados continuados integrados de saúde mental é assegurada por:

a) Unidades residenciais;

b) Unidades sócio-ocupacionais;

c) Equipas de apoio domiciliário.

2 — (Revogado.)

3 — As diferentes tipologias são adaptadas às características de grupos etários específicos, nomeadamente da infância e adolescência.

4 — As especificidades inerentes aos serviços prestados em cada tipologia, assim como os técnicos necessários, são fixadas na portaria prevista no artigo 6.º

Artigo 9.º

Unidades residenciais

1 — Constituem unidades residenciais:

- a) Residências de treino de autonomia;
- b) Residências autónomas de saúde mental;
- c) Residências de apoio moderado;
- d) Residências de apoio máximo.

2 — As unidades residenciais têm obrigatoriamente direcção técnica, função desempenhada por técnico da área de saúde mental ou área social.

3 — As unidades residenciais apresentam diversos níveis de intensidade e periodicidade, e asseguram, designadamente, os seguintes serviços, de acordo com os níveis de complexidade das diferentes tipologias:

- a) Acesso a cuidados médicos gerais e da especialidade de psiquiatria;
- b) Cuidados de enfermagem gerais e especializados em saúde mental e psiquiátrica;
- c) Acesso e prestação a dispositivos médicos e meios de diagnóstico e terapêutica;
- d) Apoio psicossocial, de reabilitação e de integração na comunidade;
- e) Apoio a familiares e outros cuidadores;
- f) Actividades de vida diária e de lazer;
- g) Apoio de pessoal auxiliar;
- h) Transporte de doentes residentes para exames, consultas e tratamentos.

Artigo 10.º

(Revogado.)

Artigo 11.º

(Revogado.)

Artigo 12.º

(Revogado.)

Artigo 13.º

(Revogado.)

Artigo 14.º

Unidades sócio-ocupacionais

1 — A unidade sócio-ocupacional localiza-se na comunidade, em espaço físico próprio, sendo destinada a pessoas com moderado e reduzido grau de incapacidade psicossocial, clinicamente estabilizadas, mas com disfuncionalidades na área relacional, ocupacional e de integração social.

2 — A unidade sócio-ocupacional tem por finalidade a promoção de autonomia, a estabilidade emocional e a

participação social, com vista à integração social, familiar e profissional.

3 — (Revogado.)

4 — (Revogado.)

5 — As unidades sócio-ocupacionais têm uma direcção técnica, cuja função é desempenhada por técnico da área de saúde mental ou área social.

Artigo 15.º

Serviços

A unidade sócio-ocupacional assegura, designadamente, os seguintes serviços:

- a) Apoio e reabilitação psicossocial e nas actividades de vida diária;
- b) Apoio sócio-ocupacional, incluído convívio e lazer;
- c) Supervisão na gestão da medicação;
- d) Apoio aos familiares e outros cuidadores com vista à reintegração familiar;
- e) Apoio de grupos de auto-ajuda;
- f) Apoio e encaminhamento para serviços de formação e de integração profissional;
- g) Promoção de actividades sócio-culturais e desportivas em articulação com as autarquias, associações culturais, desportivas e recreativas ou outras estruturas da comunidade.

Artigo 16.º

Equipas de apoio domiciliário

1 — A equipa de apoio domiciliário em cuidados continuados integrados de saúde mental desenvolve as actividades necessárias de forma a:

- a) Maximizar a autonomia da pessoa com incapacidade psicossocial;
- b) Reforçar a sua rede de suporte social através da promoção de relações interpessoais significativas;
- c) Melhorar a sua integração social e o acesso aos recursos comunitários;
- d) Prevenir internamentos hospitalares e admissões em unidades residenciais;
- e) Sinalizar e encaminhar situações de descompensação para os SLSM;
- f) Apoiar a participação das famílias e outros cuidadores na prestação de cuidados no domicílio.

2 — As equipas de apoio domiciliário podem estar vinculadas e ser coordenadas tecnicamente por uma unidade residencial, uma unidade sócio-ocupacional, um agrupamento de centros de saúde (ACES) ou um SLSM.

Artigo 17.º

Serviços

A equipa de apoio domiciliário assegura, designadamente, os seguintes serviços:

- a) Acesso a apoio multiprofissional de saúde mental;
- b) Envolvimento dos familiares e outros cuidadores, quando necessário;
- c) Promoção da autonomia, através do apoio regular nos cuidados pessoais e nas actividades da vida diária, gestão doméstica e financeira, compras, confecção de alimentos, tratamento de roupas, manutenção da habitação, utilização dos transportes públicos e outros recursos comunitários;

- d) Supervisão na gestão da medicação;
- e) Promoção do acesso a actividades ocupacionais, de convívio ou de lazer.

CAPÍTULO III

Acesso, ingresso e mobilidade

Artigo 18.º

Acesso

São destinatários das unidades e equipas previstas no presente decreto-lei as pessoas com incapacidade psicossocial e necessidade de cuidados continuados integrados de saúde mental que:

- a) Se encontrem a viver na comunidade;
- b) Tenham alta das unidades de agudos dos hospitais psiquiátricos, das instituições psiquiátricas do sector social ou dos departamentos e serviços de psiquiatria e pedopsiquiatria dos hospitais;
- c) Tenham alta das unidades de internamento de longa duração, públicas ou privadas;
- d) Sejam referenciadas pelos SLSM.

Artigo 19.º

Ingresso

1 — A admissão nas unidades e equipas é determinada pela respectiva equipa coordenadora, sob proposta dos SLSM ou das instituições psiquiátricas do sector social.

2 — Para efeitos da proposta de ingresso nas unidades e equipas, o grau de incapacidade psicossocial é determinado através de um instrumento único de avaliação, definido na portaria prevista no artigo 6.º

Artigo 20.º

Mobilidade

1 — Esgotado o prazo de internamento fixado e não sendo atingidos os objectivos terapêuticos, deve o responsável da unidade ou equipa preparar a saída, em articulação com a respectiva equipa coordenadora e o SLSM, tendo em vista o ingresso da pessoa na unidade ou equipa mais adequada, procurando atingir a melhoria ou a recuperação, ganhos visíveis na autonomia ou bem-estar e na qualidade da vida.

2 — A preparação da saída, a que se refere o número anterior, deve ser iniciada com uma antecedência suficiente que permita a elaboração de informação clínica e social, que habilite a elaboração do plano individual de cuidados, bem como a sequencialidade da prestação de cuidados, aquando do ingresso noutra unidade ou equipa.

3 — Sempre que necessário, considerando a natureza do caso e a condição da pessoa, deve ser dado aos familiares e outros cuidadores conhecimento dos procedimentos previstos no número anterior.

CAPÍTULO IV

Organização

Artigo 21.º

Unidades de cuidados continuados integrados de saúde mental

1 — As unidades de cuidados continuados integrados de saúde mental (UCCISM) são criadas por despacho

dos membros do Governo responsáveis pelas áreas do trabalho, da solidariedade social e da saúde, a partir da adaptação ou reconversão de estruturas já existentes, ou a criar, vocacionadas para dar resposta exclusiva a situações específicas de incapacidade psicossocial.

2 — Em função das necessidades, e com vista à racionalização e coordenação dos recursos locais, as UCCISM podem integrar mais do que uma tipologia, desde que assegurem os espaços, equipamentos e outros recursos específicos de cada resposta, sem prejuízo da eficaz e eficiente prestação continuada e integrada de cuidados.

3 — As UCCISM, segundo as características e o volume de necessidades, podem diferenciar-se de acordo com diferentes patologias e organizar-se internamente atendendo aos graus de dependência das pessoas.

Artigo 22.º

Instrumentos de utilização comum

1 — A gestão das unidades e equipas assenta num sistema de informação.

2 — Cada unidade ou serviço deve dispor de um processo individual de cuidados continuados integrados da pessoa em situação de incapacidade psicossocial, do qual deve constar:

- a) O registo de admissão;
- b) As informações de alta;
- c) O diagnóstico de necessidades;
- d) O plano individual de intervenção;
- e) O registo de avaliação semanal e eventual aferição do plano individual de intervenção.

3 — O diagnóstico da situação de incapacidade psicossocial constitui o suporte da definição dos planos individuais de intervenção, obedecendo a um instrumento único de avaliação da dependência, definido na portaria prevista no artigo 6.º

4 — Os instrumentos de utilização comum devem permitir a gestão uniforme dos diferentes níveis de coordenação das unidades e equipas.

5 — Os dados pessoais, incluindo clínicos, referidos no n.º 2 são introduzidos em suporte informático, só podendo ser tratados por profissionais de saúde ou outros técnicos também sujeitos a sigilo profissional.

6 — As bases de dados a constituir para a finalidade prevista no n.º 2 são criadas, desenvolvidas e mantidas, incluindo o seu necessário interface com as bases de dados da segurança social, nos termos da Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro, sendo o meio e o modo de acesso aos respectivos dados definidos por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, a emitir no prazo de 90 dias, a qual define igualmente as medidas de segurança referentes a operações inseridas no sistema de informação, quer no âmbito de cada tratamento quer a respeito de quaisquer comunicações de dados.

Artigo 23.º

Entidades promotoras e gestoras

1 — As entidades promotoras e gestoras das unidades e equipas revestem uma das seguintes formas:

- a) Entidades públicas dotadas de autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- b) Entidades públicas empresariais;

- c) Instituições particulares de solidariedade social e equiparadas, ou que prossigam fins idênticos;
- d) Entidades privadas com fins lucrativos.

2 — O disposto no número anterior não prejudica a gestão de instituições do Serviço Nacional de Saúde, no seu todo ou em parte, por outras entidades, públicas ou privadas, mediante contrato de gestão ou em regime de convenção por grupos de profissionais, nos termos do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, e de acordo com o disposto no Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto.

Artigo 24.º

Obrigações das entidades promotoras e gestoras

Constituem obrigações das entidades previstas no artigo anterior, perante as administrações regionais de saúde e os centros distritais do Instituto da Segurança Social, I. P., as constantes do modelo de contratualização a aprovar e, ainda, designadamente:

a) Prestar os cuidados e serviços definidos nos contratos para implementação e funcionamento das unidades e equipas;

b) Facultar, à equipa coordenadora, o acesso a todas as instalações das unidades e equipas, bem como às informações indispensáveis à avaliação e auditoria do seu funcionamento;

c) Remeter à equipa coordenadora o quadro de recursos humanos existentes nas unidades e equipas e o respectivo regulamento interno, para aprovação, até 30 dias antes da sua entrada em vigor;

d) Comunicar à equipa coordenadora, com uma antecedência mínima de 90 dias, a cessação de actividade das unidades e equipas, sem prejuízo do tempo necessário ao encaminhamento e colocação das pessoas nelas residentes.

CAPÍTULO V

Qualidade e avaliação

Artigo 25.º

Promoção e garantia da qualidade

Os modelos de promoção e gestão da qualidade para aplicação obrigatória em cada uma das unidades e equipas são fixados na portaria prevista no artigo 6.º

Artigo 26.º

Avaliação

As unidades e equipas estão sujeitas a um processo periódico de avaliação que integra a auto-avaliação anual e a avaliação externa, da iniciativa da equipa coordenadora, nos termos definidos na portaria prevista no artigo 6.º

CAPÍTULO VI

Recursos humanos

Artigo 27.º

Recursos humanos

1 — A política de recursos humanos para as unidades e equipas rege-se por padrões de qualidade, consubstanciada

através de formação inicial e contínua, definida na portaria prevista no artigo 6.º

2 — A prestação de cuidados nas unidades e equipas é garantida por equipas multidisciplinares, podendo contar com a colaboração de voluntários devidamente seleccionados, formados e enquadrados como prestadores de cuidados informais.

CAPÍTULO VII

Instalações, funcionamento, fiscalização e licenciamento

Artigo 28.º

Instalações, funcionamento, fiscalização e licenciamento

1 — As condições e requisitos de construção, funcionamento, licenciamento e segurança das instalações e pessoas das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental obedecem ao estipulado na lei.

2 — As condições e requisitos a que se refere o número anterior, bem como o regime de fiscalização são definidos nos termos a regulamentar por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas do trabalho e da solidariedade social e da saúde.

CAPÍTULO VIII

Financiamento das unidades e equipas

Artigo 29.º

Financiamento

O financiamento das unidades e equipas, dependendo das condições de funcionamento das respostas, obedece ao princípio da diversificação das fontes de financiamento e da adequação selectiva mediante modelo de financiamento próprio, a aprovar por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, do trabalho, da solidariedade social e da saúde.

Artigo 30.º

Modelo de financiamento

1 — O financiamento das unidades e equipas é da responsabilidade dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, consoante a natureza dos cuidados prestados, nos seguintes termos:

a) O financiamento de cada tipo de serviços é específico, com preços adequados e revistos periodicamente, nos termos definidos na portaria prevista no artigo anterior;

b) O financiamento das diferentes unidades e equipas deve ser diferenciado através de métodos contabilísticos apropriados, designadamente com recursos a centros de custo próprios.

2 — Os encargos com a prestação das unidades e equipas de cuidados continuados de saúde mental fazem parte integrante dos orçamentos das respectivas administrações regionais de saúde e os encargos com a prestação do apoio social dos orçamentos dos respectivos organismos do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

3 — A utilização das unidades residenciais e das unidades sócio-ocupacionais ou do apoio ao domicílio é com-

participada pela pessoa com incapacidade psicossocial, na componente de apoio social, em função do seu rendimento ou do seu agregado familiar nos termos a regulamentar.

CAPÍTULO IX

Disposições transitórias e finais

Artigo 31.º

Aplicação progressiva

As unidades e equipas previstas no presente decreto-lei são implementadas progressivamente, através de experiências piloto a criar no período de 12 meses a contar da sua entrada em vigor.

Artigo 32.º

Regulamentação

O presente decreto-lei deve ser regulamentado no prazo de 90 dias após a sua entrada em vigor.

Artigo 33.º

Adaptação dos estabelecimentos e serviços existentes

1 — O despacho conjunto n.º 407/98, de 18 de Junho, mantém-se transitoriamente em vigor no que se refere às respostas já existentes dirigidas às pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico, até à sua reconversão nas unidades e equipas previstas no presente decreto-lei.

2 — As unidades de apoio integrado criadas no âmbito do despacho conjunto n.º 407/98, de 18 de Junho, bem como outros estabelecimentos e serviços idênticos que se encontrem em funcionamento à data da entrada em vigor do presente decreto-lei, são progressivamente objecto de reconversão, assegurando a continuidade da prestação de cuidados já existente.

3 — Os termos e as prioridades de reconversão são definidos por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas do trabalho, da solidariedade social e da Saúde.

4 — A reconversão das respostas, prevista no número anterior, deve ser concluída no prazo de 24 meses.

SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça n.º 3/2011

Processo n.º 61/10.4YFLSB — 3.ª

Acordam no Pleno das secções criminais do Supremo Tribunal de Justiça:

I

A — No processo n.º 40/06.6JLSB F. L. 1 da 5.ª Secção do Tribunal da Relação de Lisboa, o arguido Fernando Kweseka Coelho, com os demais sinais dos autos, interpôs o presente recurso extraordinário para fixação de jurisprudência, apresentando as seguintes conclusões:

1 — No duto acórdão de que se recorre, decidiu-se [que] o arguido já notificado da acusação não deve ser notificado do despacho do MP que nos termos do n.º 5 do artigo 283.º do CPP ordena o prosseguimento dos autos,

iniciando-se o prazo de abertura de instrução com prolação desse despacho.

2 — Esta decisão está em oposição com uma outra proferida pelo Tribunal da Relação de Lisboa, na 9.ª Secção, em 10 de Julho de 2003, no processo n.º 6205/2003-9.

3 — Neste duto aresto, agora fundamento, contrariamente, decidiu-se que aos co-arguidos já notificados da acusação deve ser dado conhecimento do despacho proferido pelo MP que nos termos do n.º 5 do artigo 283.º ordena o prosseguimento dos autos, iniciando com essa notificação o prazo para a abertura de instrução.

4 — Nestes dois dutos arestos decidiu-se a mesma questão fundamental de direito, sobre uma questão análoga de facto, sempre no âmbito da mesma legislação e assentando em soluções manifestamente opostas.

5 — Saber se, existindo vários co-arguidos, frustrando-se a notificação de um deles, deve ser notificado, ou não, aos outros, o despacho do MP proferido nos termos do n.º 5 do artigo 283.º do CPP que ordena o prosseguimento dos autos.

6 — Entendemos que deve ser fixada jurisprudência com o sentido do acórdão fundamento deste recurso, ou seja, no caso de existirem vários co-arguidos, frustrando-se a notificação da acusação a pelo menos um deles, o início do prazo para a abertura de instrução conta-se desde a notificação aos outros co-arguidos do despacho do MP proferido nos termos do n.º 5 do artigo 285.º do CPP e que ordena o prosseguimento dos autos aos outros co-arguidos já notificados da acusação.

Violaram-se as seguintes disposições legais:

Artigos 113.º, n.º 12, 277.º, n.º 3, 283.º, n.º 5, e 287.º, n.ºs 1 e 6, todos do Código de Processo Penal.

Nestes termos, e demais de direito, deverá o presente recurso obter provimento e em consequência fixar-se jurisprudência no sentido propugnado e de acordo com o acórdão fundamento.

VV. Ex.^{as} farão contudo justiça!

B — Cumprido o disposto nos artigos 439.º e 440.º do CPP, veio este Supremo Tribunal, por acórdão de 5 de Maio de 2010, a concluir pela oposição de julgados, prosseguindo o recurso, nos termos da 2.ª parte do artigo 441.º, n.º 1, e cumprindo-se o disposto no artigo 442.º, n.º 1, ambos do CPP.

C — Recorrente e Ministério Público foram notificados para apresentarem no competente prazo as alegações escritas.

D — Apenas o Ministério Público apresentou alegações, concluindo:

1 — A Lei n.º 59/98, de 25 de Agosto, considerou que os interesses dos arguidos e assistentes, no exercício do direito de defesa daqueles e da acção conformadora, de uns e de outros, do sentido da decisão final, ficariam melhor salvaguardados com as normas dos artigos 287.º, n.º 6, e 315.º, n.º 1, 2.ª parte.

2 — A introdução da norma constante do artigo 287.º, n.º 6, não teve como objectivo um alargamento de prazo para requerer a abertura de instrução, mas o de permitir que se pudesse optar, no caso dos arguidos, por uma defesa conjunta e que desta opção se pudesse sempre desistir, preferindo defesas separadas, sem que tal pudesse implicar a impossibilidade de requerer a abertura de instrução, por, entretanto, já poder ter expirado o prazo relativo a arguido previamente notificado.

3 — Para que, após a dedução da acusação, o processo prossiga sem que dela se mostrem notificados todos os

- f)
g)

2 —

3 — Sem prejuízo do disposto na alínea e) do n.º 1, no caso de existirem candidatos com mais de 35 anos de idade, será analisada a experiência profissional e os conhecimentos curriculares, em matéria de comércio internacional.

Artigo 7.º

[...]

1 —

2 —

a)

b) Apreciação e decisão da candidatura pela AICEP, E. P. E., com base no potencial para melhorar a internacionalização da economia e ou início/intensificação da exportação de bens e ou serviços, apresentados pela entidade beneficiária e no perfil adequado ao desenvolvimento do plano de estágio apresentado, pelo candidato proposto, no prazo máximo de 45 dias úteis após o encerramento do período de candidaturas.

c) »

Artigo 3.º

Norma revogatória

É revogada a alínea e) do artigo 5.º do Regulamento da Medida INOV-Export, anexo à Portaria 238/2010, de 29 de Abril.

Artigo 4.º

Produção de efeitos

A presente portaria aplica-se apenas às candidaturas apresentadas a partir da data da sua entrada em vigor.

Artigo 5.º

Vigência

A presente portaria produz efeitos desde dia 1 de Março de 2011.

Em 24 de Março de 2011.

O Ministro da Economia, da Inovação e do Desenvolvimento, *José António Fonseca Vieira da Silva*. — A Ministra do Trabalho e da Solidariedade Social, *Maria Helena dos Santos André*.

MINISTÉRIOS DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL E DA SAÚDE

Portaria n.º 149/2011

de 8 de Abril

A publicação do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro, definiu a última vertente estrutural do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de Março, e simultaneamente alargou a rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI).

Com efeito, a criação dos cuidados continuados integrados de saúde mental (CCISM) veio permitir que a RNCCI

se estenda a pessoas com problemas de saúde mental ao considerar, no âmbito da parceria com a segurança social, a existência de equipas de apoio domiciliário, de unidades sócio-ocupacionais e de unidades residenciais, tendo em vista a criação de estruturas reabilitativas psicossociais que respondam aos vários graus de incapacidade e dependência por doença mental grave.

Neste contexto, o Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro, entretanto alterado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de Fevereiro, aprofundou a experiência decorrente da aplicação do despacho conjunto n.º 407/98, de 15 de Maio, dos Ministros da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, ao reformar e criar novas tipologias de unidades e equipas e ao alargar o âmbito das entidades promotoras — do sector social aos sectores público e privado lucrativo. Simultaneamente, vai de encontro aos convénios subscritos por Portugal no âmbito da União Europeia, bem como de recomendações de entidades internacionais como a Organização Mundial de Saúde e o Tribunal Europeu dos Direitos do Homem, tendo em vista a disponibilização de estruturas mais humanizadas, clínica e reabilitativamente mais eficazes, substituindo cuidados e meras respostas tradicionais de internamentos prolongados e por vezes custodiais, em estruturas hospitalares psiquiátricas, públicas ou privadas.

Nesta óptica, a presente portaria reveste-se de um carácter inovador ao contemplar também tipologias de unidades e equipas para crianças e adolescentes, uma faixa etária com acentuada vacuidade de estruturas neste âmbito.

Nestes termos, ao abrigo do n.º 2 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de Fevereiro, manda o Governo, pelos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposição geral

Artigo 1.º

Objecto

A presente portaria estabelece a coordenação nacional, regional e local das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde mental, bem como as condições de organização e o funcionamento das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde mental para a população adulta e para a infância e adolescência.

CAPÍTULO II

Coordenação nacional, regional e local das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde mental

Artigo 2.º

Coordenação nacional

A coordenação nacional das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental (CCISM) é assegurada pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), através da equipa de projecto de cuidados continuados integrados de saúde mental (EPCCISM), nos termos da Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2010, de 14 de Maio.

Artigo 3.º

Coordenação regional

1 — A coordenação regional dos CCISM é assegurada por cinco equipas coordenadoras regionais de saúde mental (ECRSM).

2 — Cada ECRSM é constituída, no mínimo, por um psiquiatra, um enfermeiro especialista em saúde mental, um assistente social com experiência na área da saúde mental e um assistente social, do centro distrital do Instituto da Segurança Social, I. P. (ISS, I. P.), e dimensionada em função das necessidades e constituída por profissionais com conhecimento e experiência nas áreas de planeamento, gestão e avaliação.

3 — Os profissionais que constituem a ECRSM são designados, respectivamente, pelo presidente do conselho directivo de cada administração regional de saúde (ARS, I. P.) e pelo presidente do conselho directivo do ISS, I. P., ouvidas a coordenação nacional dos CCISM e a Coordenação Nacional para a Saúde Mental (CNSM), por um período de três anos, renovável.

4 — Os profissionais referidos no número anterior podem exercer as suas funções a tempo parcial.

5 — A ECRSM é assessorada por um profissional com reconhecido conhecimento e experiência na área da infância e adolescência, preferencialmente, um médico especialista em psiquiatria da infância e adolescência, a quem compete emitir parecer sobre as propostas de admissão de crianças e adolescentes para as várias tipologias.

6 — A ECRSM é, ainda, assessorada por elementos de instituições psiquiátricas do sector social, a quem compete emitir parecer sobre as propostas de admissão dos utentes provenientes desse sector.

7 — A coordenação de cada ECRSM é assegurada por um dos elementos da área da saúde, designado pelo respectivo presidente do conselho directivo da ARS, I. P.

8 — O coordenador da ECRSM exerce as suas funções a tempo inteiro, podendo exercê-las a tempo parcial desde que devidamente autorizado pelo respectivo presidente do conselho directivo da ARS, I. P.

9 — A ECRSM encontra-se sediada em instalações da ARS, I. P., que assegura os meios necessários ao desempenho das suas competências e atribuições.

10 — Os profissionais que integram as ECRSM não podem ser, simultaneamente, prestadores de cuidados no âmbito dos CCISM.

Artigo 4.º

Competências da equipa coordenadora regional de saúde mental

Compete à ECRSM:

- a) Garantir a equidade no acesso aos CCISM e a adequação dos serviços prestados;
- b) Articular com a coordenação nacional dos CCISM e com as equipas coordenadoras locais de cuidados continuados integrados de saúde mental;
- c) Elaborar proposta de planeamento das respostas necessárias de cuidados continuados integrados de saúde mental e propor à coordenação nacional dos CCISM os planos de acção anuais para o desenvolvimento de serviços;
- d) Propor e colaborar na formação específica, inicial e contínua, dos diversos profissionais envolvidos na prestação dos CCISM;

- e) Promover a celebração de contratos para a implementação e funcionamento de unidades e equipas dos CCISM;
- f) Monitorizar os contratos e avaliar a sua execução;
- g) Participar na avaliação da qualidade dos serviços prestados pelas unidades e equipas e propor as medidas consideradas convenientes para o bom funcionamento das mesmas;

h) Promover a correcta utilização do sistema de informação dos CCISM;

i) Manter actualizado o sistema de informação que suporta a gestão dos CCISM;

j) Promover a divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas;

l) Promover e decidir os processos de admissão e mobilidade nas unidades e equipas dos utentes das instituições psiquiátricas do sector social e da infância e adolescência, atribuindo vaga correspondente à situação;

m) Diligenciar vaga junto de outra equipa coordenadora regional de cuidados continuados integrados de saúde mental, em caso de inexistência de vaga na área de residência;

n) Avaliar e dirimir os conflitos decorrentes dos processos de admissão entre os intervenientes;

o) Emitir parecer sobre os regulamentos internos das unidades e equipas prestadoras;

p) Aprovar os regulamentos internos das equipas coordenadoras locais de cuidados continuados integrados de saúde mental.

Artigo 5.º

Regulamento interno da equipa coordenadora regional de saúde mental

O funcionamento da ECRSM consta de regulamento interno, a aprovar pelo respectivo presidente do conselho directivo da ARS, I. P., e pelo presidente do conselho directivo do ISS, I. P., e contém:

- a) Composição e regime de afectação dos profissionais que a constituem;
- b) Procedimento de articulação com as equipas coordenadoras aos níveis nacional e local;
- c) Organização e funcionamento.

Artigo 6.º

Coordenação local

1 — A coordenação local das unidades e equipas de CCISM é assegurada por equipas coordenadoras locais de cuidados continuados integrados de saúde mental (ECLSM), tendo por referência a área de influência de cada serviço local de saúde mental (SLSM).

2 — A ECLSM é multidisciplinar e integra, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um assistente social do SLSM, designados pelo órgão máximo de gestão da entidade onde se insere o SLSM, sob proposta do coordenador do SLSM e, ainda, um assistente social da segurança social, designado pelo presidente do conselho directivo do ISS, I. P., sob proposta do director do centro distrital do ISS, I. P.

3 — Os profissionais que constituem a ECLSM são designados por um período de três anos, renovável.

4 — A coordenação de cada ECLSM é assegurada por um dos seus elementos, designado pelo órgão máximo de gestão da entidade onde se insere o SLSM.

5 — A ECLSM encontra-se sediada nas instalações do SLSM, que assegura os meios necessários ao desempenho das suas competências e atribuições.

6 — Os profissionais que integram as ECLSM não podem ser, simultaneamente, prestadores de cuidados no âmbito dos CCISM.

Artigo 7.º

Competências da equipa coordenadora local de saúde mental

Compete à ECLSM:

- a) Identificar as necessidades e propor à ECRSM as acções para a prossecução das mesmas;
- b) Apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos e a utilização dos recursos das unidades e equipas;
- c) Assegurar a articulação com as unidades e equipas prestadoras a nível local no âmbito da saúde mental;
- d) Assegurar os fluxos de referência dos utentes mantendo informada a respectiva ECRSM sobre a sua admissão e mobilidade e sobre a gestão interna dos CCISM a nível local;
- e) Validar a informação decorrente da aplicação do instrumento único de avaliação, referido no artigo 23.º;
- f) Decidir sobre a admissão e mobilidade nas unidades e equipas, salvo nas situações previstas na alínea l) do artigo 4.º;
- g) Manter actualizado o sistema de informação que suporta a gestão dos CCISM;
- h) Assegurar, consoante os casos, a admissão do utente em outra unidade ou equipa ou a preparação do regresso ao domicílio.

Artigo 8.º

Regulamento interno da equipa coordenadora local de saúde mental

O funcionamento das ECLSM consta de regulamento interno, e contém:

- a) Composição e regime de afectação dos profissionais que a constituem;
- b) Procedimento de articulação com a ECRSM;
- c) Organização e funcionamento.

CAPÍTULO III

Organização e funcionamento das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde mental

Artigo 9.º

Direcção técnica

1 — Cada uma das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde mental funciona sob a direcção técnica de um profissional ao qual compete:

- a) Atribuir responsabilidades a cada profissional na equipa multidisciplinar;
- b) Elaborar o regulamento interno;
- c) Planear, coordenar e monitorizar as actividades desenvolvidas;
- d) Gerir os procedimentos de admissão e mobilidade;
- e) Promover o trabalho interdisciplinar;
- f) Assegurar as condições para a supervisão da equipa;
- g) Promover a formação inicial e contínua dos profissionais da equipa;
- h) Promover a melhoria da qualidade dos serviços através da avaliação de processos, resultados e satisfação.

2 — Nas unidades e equipas prestadoras de CCISM para a população adulta, o director técnico deve ter, pelo menos, cinco anos de experiência em funções na área da saúde mental ou da área social.

3 — Nas unidades e equipas prestadoras de CCISM para a infância e adolescência, o director técnico deve ter, pelo menos, cinco anos de experiência em funções na área da saúde mental da infância e adolescência e possuir, preferencialmente, a seguinte formação:

- a) Para a residência de treino de autonomia, subtipo A — enfermagem de saúde mental e psiquiatria;
- b) Para a residência de treino de autonomia, subtipo B — psicologia, variante clínica;
- c) Para a residência de apoio máximo — enfermagem de saúde mental e psiquiatria;
- d) Para a unidade sócio-ocupacional — psicologia, variante clínica, ou serviço social, preferencialmente da saúde;
- e) Para a equipa de apoio domiciliário — psicologia, variante clínica, ou serviço social ou enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

4 — Nas unidades residenciais para a infância e adolescência a coordenação clínica é assegurada conjuntamente com o psiquiatra da infância e da adolescência que em situação excepcional de impossibilidade de recrutamento, pode ser substituído por psiquiatra, mediante proposta devidamente justificada pela ECRSM à coordenação nacional para apreciação e autorização.

5 — O director técnico pode acumular o exercício de funções de direcção técnica com a prestação directa de serviços.

Artigo 10.º

Regulamento interno das unidades e equipas

1 — Cada uma das unidades e equipas prestadoras deve ter um regulamento interno, do qual constam:

- a) Critérios e procedimentos de admissão;
- b) Direitos e deveres;
- c) Serviços a prestar;
- d) Horário de funcionamento;
- e) Procedimentos em situação de emergência;
- f) Procedimentos de avaliação da unidade ou equipa.

2 — O regulamento interno é aprovado pela entidade promotora e gestora da unidade e depende de parecer vinculativo da competente ECRSM.

3 — Do regulamento interno deve ser entregue um exemplar ao utente e ao representante legal.

Artigo 11.º

Processo individual do utente

É obrigatória, em cada unidade e equipa, a existência de um processo individual do utente, que contém:

- a) Identificação do utente;
- b) Data de admissão;
- c) Plano individual de intervenção (PII);
- d) Identificação dos familiares, representante legal ou do cuidador informal;
- e) Proposta de referência e prescrição clínica;
- f) Identificação do terapeuta de referência e ou médico assistente, para a população adulta e identificação do serviço que sinalizou o caso, do pedopsiquiatra assistente e

do técnico de referência, com explicitação dos contactos, para a infância e adolescência;

g) Cópia do termo de aceitação do programa de reabilitação;

h) Documento de consentimento informado para actos médicos subscrito pelo utente, quando com idade igual ou superior a 16 anos e pelo seu representante legal;

i) Registos de avaliação e alterações ao plano individual de intervenção;

j) Data de saída para o domicílio ou de transição para outra estrutura de cuidados;

l) Cópia da aceitação do termo de pagamento;

m) Exemplar do contrato de prestação de serviços.

Artigo 12.º

Plano individual de intervenção

1 — É obrigatória a elaboração do PII, que estabelece o conjunto dos objectivos a atingir face às necessidades identificadas e das intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspectos psíquicos como sociais.

2 — O PII deve ter como objectivo último a integração psicossocial dos utentes, sendo que nas situações de crianças e adolescentes deve prever o envolvimento permanente dos cuidadores.

3 — O PII contém:

a) Identificação do utente;

b) Identificação do familiar ou representante legal ou do cuidador informal;

c) Diagnóstico da situação social e psíquica;

d) Objectivos da intervenção e respectivos indicadores de avaliação;

e) Actividades a desenvolver;

f) Identificação dos responsáveis pela elaboração, implementação, monitorização, avaliação e revisão;

g) Datas da avaliação e revisão.

4 — O PII é elaborado pela equipa técnica, de acordo com as características de cada utente, tendo em consideração as orientações da equipa de saúde mental do SLSM ou da instituição de saúde que o acompanha, designadamente, do terapeuta de referência e deve ser elaborado com a participação do utente, dos cuidadores e ou dos prestadores directos de cuidados em meio comunitário.

5 — Nos casos de crianças e jovens em perigo, com medida de promoção e protecção, o PII deve ser elaborado de harmonia com o acordo de promoção e protecção ou a decisão judicial.

Artigo 13.º

Contrato de prestação de serviços

1 — No acto da admissão é obrigatória a celebração de contrato de prestação de serviços entre as unidades ou equipas prestadoras e o utente e ou representante legal, do qual conste, designadamente:

a) Direitos e obrigações;

b) Cuidados e serviços contratualizados;

c) Valor a pagar;

d) Período de vigência;

e) Condições de suspensão, cessação e rescisão.

2 — Do contrato é entregue um exemplar ao utente e ou representante legal e arquivado outro no processo individual.

3 — Qualquer alteração ao contrato é efectuada por mútuo consentimento e assinada pelos outorgantes.

Artigo 14.º

Afixação de documentos

As unidades devem proceder à afixação dos seguintes documentos:

a) Cópia de licença ou autorização de funcionamento;

b) Mapa de pessoal e respectivos horários de trabalho;

c) Organograma;

d) Identificação do director técnico;

e) Horário de funcionamento;

f) Mapa semanal das ementas;

g) Referência à existência de regulamento interno, de livro de reclamações e de guia de acolhimento do utente.

Artigo 15.º

Avaliação das unidades e equipas

1 — As unidades e equipas prestadoras de CCISM estão sujeitas a avaliação interna e avaliação externa anual.

2 — Durante a fase de experiência piloto estão, ainda, sujeitas a avaliações extraordinárias.

Artigo 16.º

Indicadores de qualidade

A avaliação da qualidade das unidades e equipas prestadoras tem em consideração indicadores referentes à qualidade de vida na unidade, ambiente reabilitativo, autonomia, inclusão social, serviços prestados e organização da unidade ou equipa.

Artigo 17.º

Monitorização

1 — A qualidade dos serviços prestados e a articulação das unidades e equipas com outros recursos de saúde e ou sociais estão sujeitos a avaliação periódica.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, as unidades e equipas registam os dados e observações por cujo preenchimento sejam responsáveis nos suportes de informação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Artigo 18.º

Auditorias

1 — As unidades e equipas estão sujeitas a auditorias técnicas e financeiras internas e externas.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, as unidades e equipas devem facultar o acesso às instalações e à documentação tida por pertinente pelas equipas auditoras.

Artigo 19.º

Formação inicial e contínua dos recursos humanos

1 — A formação obedece a um plano anual aprovado pela coordenação nacional dos CCISM.

2 — O planeamento das acções de formação é elaborado com base no diagnóstico de necessidades realizado pelas entidades promotoras das unidades e equipas, pela ECLSM e pela ECRSM.

3 — As entidades promotoras devem, no âmbito da sua organização de serviços, desenvolver as acções de formação inicial e contínua dos recursos humanos necessárias para assegurar a qualidade da intervenção.

Artigo 20.º

Admissão nas unidades e equipas

1 — A admissão de utente nas unidades e nas equipas, com excepção do previsto no n.º 6 deste artigo, é feita pela ECLSM, na decorrência de incapacidade psicossocial resultante de doença mental grave e necessidade de cuidados continuados integrados de saúde mental.

2 — A admissão referida no número anterior é sempre precedida de proposta de referência de:

- a) SLSM, hospitais e centros hospitalares psiquiátricos, quanto a utentes da respectiva rede de programas e serviços;
- b) Agrupamentos de centros de saúde, sempre que se refira a utente sinalizado pela comunidade;
- c) Unidades psiquiátricas de internamento de longa duração, públicas ou privadas.

3 — A ECLSM é a detentora do número de vagas existentes nas unidades e equipas da sua área de actuação, competindo-lhe atribuir vaga ao utente.

4 — A atribuição de vaga referida no número anterior observa o princípio da proximidade do local do domicílio e do SLSM que lhe presta cuidados clínicos.

5 — Em caso de inexistência de vaga em unidade ou equipa, a ECLSM deve comunicá-lo à ECRSM, a fim de que esta promova a colocação do utente na sua área de intervenção.

6 — A atribuição de vaga a utente proveniente de instituição psiquiátrica do sector social ou de serviços e unidades de saúde mental da infância e da adolescência é da competência da ECRSM e é sempre precedida de proposta de referência, respectivamente de serviço do sector social ou serviço ou unidade de pedopsiquiatria do Serviço Nacional de Saúde ou do sector social.

7 — Nos casos de crianças e jovens em perigo, como medida de promoção e protecção, deve a competente comissão de protecção de crianças e jovens (CPCJ) ou a equipa multidisciplinar de assessoria técnica aos tribunais do centro distrital do ISS, I. P., ou a entidade responsável pela execução da medida articular com o serviço ou unidade de pedopsiquiatria, para efeito do disposto no número anterior.

8 — No caso das crianças e jovens em perigo, como medida de promoção e protecção aplicada em sede de CPCJ, é indispensável, antes do momento da admissão, a não oposição informada da criança ou adolescente com idade igual ou superior a 12 anos ou com idade inferior desde que tenha a capacidade para entender o sentido da intervenção, assim como o consentimento expresso dos representantes legais, de acordo com o disposto nos artigos 9.º e 10.º da Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro.

9 — Após recepção da proposta de admissão, proveniente da ECLSM ou da ECRSM, as entidades prestadoras devem, no prazo de três dias úteis, apreciar e aceitar o pedido, solicitando em caso de dúvida informação complementar à ECLSM ou à ECRSM.

Artigo 21.º

Mobilidade e saída

1 — A proposta de mobilidade ou saída deve ser dirigida à ECLSM ou à ECRSM consoante se tratem, respectiva-

mente, de situações de adultos referenciados por SLSM ou de crianças e adolescentes e utentes do sector social.

2 — A preparação de mobilidade ou saída deve ser iniciada com a antecedência suficiente a permitir encontrar a solução mais adequada para a continuidade de cuidados de saúde mental.

3 — Deve, ainda, ser elaborada informação clínica e social para a sequencialidade da prestação de cuidados.

4 — No caso de adultos interditados bem como de crianças e adolescentes, a preparação da saída é dada a conhecer, respectivamente, ao representante legal ou à família e ou à instituição de origem.

Artigo 22.º

Reserva de vaga

Em situação de descompensação física e ou mental, com ou sem internamento hospitalar, mantém-se a reserva de vaga durante três semanas nas unidades.

Artigo 23.º

Instrumento único de avaliação do grau de incapacidade psicossocial e de dependência

1 — O instrumento único de avaliação do grau de incapacidade psicossocial e de dependência é aplicável a todos os utentes dos CCISM pelas entidades intervenientes nos processos de referência e cuidados.

2 — O instrumento único de avaliação é constituído por um conjunto de escalas e procedimentos de avaliação, complementado por parecer técnico da equipa multidisciplinar.

CAPÍTULO IV

Unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde mental para a população adulta

SECÇÃO I

Unidades residenciais

SUBSECÇÃO I

Residência de treino de autonomia

Artigo 24.º

Caracterização

1 — A residência de treino de autonomia localiza-se, preferencialmente, na comunidade e destina-se a pessoas com reduzido ou moderado grau de incapacidade psicossocial por doença mental grave, que se encontram clinicamente estabilizadas e conservam alguma funcionalidade.

2 — Para assegurar níveis adequados de qualidade dos serviços prestados, esta residência deve dispor, por referência à capacidade máxima, de uma equipa multidisciplinar, constituída por:

- a) Enfermeiro, preferencialmente com especialidade em saúde mental e psiquiatria;
- b) Assistente social;
- c) Psicólogo;
- d) Técnico da área de reabilitação psicossocial;
- e) Monitor;
- f) Administrativo;

- g) Ajudante de acção directa;
- h) Trabalhador auxiliar dos serviços gerais.

3 — A permanência na residência de treino de autonomia tem a duração máxima de 12 meses consecutivos.

4 — A capacidade das residências de treino de autonomia é de 6 a 12 lugares, com estrutura modular até seis pessoas.

5 — A residência de treino de autonomia funciona vinte e quatro horas por dia, todos os dias do ano.

6 — Esta residência pode, também, funcionar em complementaridade com a unidade sócio-ocupacional, desde que autorizado pela ECRSM, ouvida a coordenação nacional dos CCISM.

7 — Para efeitos do disposto no número anterior a equipa multidisciplinar é ajustada na sua composição e carga horária, sendo constituída por:

- a) Enfermeiro, preferencialmente com especialidade em saúde mental e psiquiatria;
- b) Assistente social ou psicólogo;
- c) Administrativo;
- d) Ajudante de acção directa;
- e) Trabalhador auxiliar dos serviços gerais.

Artigo 25.º

Serviços

1 — A residência de treino de autonomia assegura os seguintes serviços:

- a) Actividades diárias de reabilitação psicossocial;
- b) Apoio psicossocial, incluindo a familiares e a outros cuidadores informais;
- c) Sensibilização e treino de familiares e de outros cuidadores informais;
- d) Acesso a cuidados médicos gerais e da especialidade de psiquiatria;
- e) Cuidados de enfermagem;
- f) Treino e supervisão na gestão da medicação;
- g) Alimentação;
- h) Cuidados de higiene e conforto;
- i) Tratamento de roupa;
- j) Convívio e lazer.

2 — Nas situações referidas no n.º 6 do artigo 24.º são assegurados os seguintes serviços:

- a) Treino de actividades de vida diária;
- b) Apoio psicossocial, incluindo a familiares e a outros cuidadores informais;
- c) Acesso a cuidados médicos gerais e da especialidade de psiquiatria;
- d) Cuidados de enfermagem;
- e) Treino e supervisão na gestão da medicação;
- f) Alimentação;
- g) Cuidados de higiene e conforto;
- h) Tratamento de roupa.

Artigo 26.º

Critérios de admissão

Os critérios de admissão na residência de treino de autonomia são, cumulativamente:

- a) Grau moderado ou reduzido de incapacidade psicossocial, de acordo com instrumento único de avaliação aplicado no momento da referenciação;

b) Estabilização clínica da fase aguda da doença ou necessidade de consolidação da estabilização clínica, desde que o seu comportamento não ponha em causa a convivência com os outros residentes;

c) Funcionalidade básica conservada ou adquirida em processo de reabilitação anterior, nas áreas da orientação espaço-temporal, cuidados pessoais, mobilidade física e relação interpessoal, que viabilize a interacção e vivência em grupo;

d) Necessidade de supervisão nas actividades básicas de vida diária e instrumentais;

e) Aceitação do programa de reabilitação;

f) Aceitação do termo de pagamento.

SUBSECÇÃO II

Residência autónoma de saúde mental

Artigo 27.º

Caracterização

1 — A residência autónoma localiza-se na comunidade e destina-se a pessoas com reduzido grau de incapacidade psicossocial por doença mental grave, clinicamente estabilizadas, sem suporte familiar ou social adequado.

2 — Para assegurar níveis adequados de qualidade dos serviços prestados, esta residência deve dispor, por referência à capacidade máxima, de uma equipa multidisciplinar, constituída por:

- a) Assistente social ou psicólogo;
- b) Trabalhador auxiliar dos serviços gerais.

3 — A capacidade máxima da residência autónoma é de sete lugares.

4 — A residência autónoma funciona vinte e quatro horas por dia, todos os dias do ano.

Artigo 28.º

Serviços

A residência autónoma assegura os seguintes serviços:

- a) Apoio no planeamento das actividades de vida diária;
- b) Apoio psicossocial;
- c) Apoio na integração nas actividades profissionais ou sócio-ocupacionais;
- d) Acesso a cuidados médicos gerais e da especialidade de psiquiatria;
- e) Apoio na gestão da medicação;
- f) Alimentação;
- g) Acesso a actividades de convívio e lazer.

Artigo 29.º

Critérios de admissão

Os critérios de admissão na residência autónoma são, cumulativamente:

- a) Grau reduzido de incapacidade psicossocial por doença mental grave, de acordo com instrumento único de avaliação aplicado no momento da referenciação;
- b) Ausência de suporte familiar ou social adequado;
- c) Estabilização clínica da fase aguda da doença;
- d) Funcionalidade básica e instrumental conservada ou adquirida em processo de reabilitação anterior, nas áreas da orientação espaço-temporal, cuidados pessoais, mobili-

dade física e relação interpessoal, que viabilize a interacção e vivência em grupo e a autonomia na comunidade;

e) Necessidade de supervisão regular nas actividades instrumentais de vida diária;

f) Aceitação do programa de reabilitação;

g) Aceitação do termo de pagamento.

SUBSECÇÃO III

Residência de apoio moderado

Artigo 30.º

Caracterização

1 — A residência de apoio moderado localiza-se na comunidade e destina-se a pessoas com moderado grau de incapacidade psicossocial por doença mental grave, clinicamente estabilizadas sem suporte familiar ou social adequado.

2 — Para assegurar níveis adequados de qualidade dos serviços prestados, esta residência deve dispor, por referência à capacidade máxima, de uma equipa multidisciplinar, constituída por:

- a) Enfermeiro, preferencialmente com especialidade em saúde mental e psiquiatria;
- b) Assistente social;
- c) Psicólogo;
- d) Técnico da área de reabilitação psicossocial;
- e) Monitor;
- f) Administrativo;
- g) Ajudante de acção directa;
- h) Trabalhador auxiliar dos serviços gerais.

3 — A capacidade da residência de apoio moderado é de 12 a 16 lugares, com estrutura modular de seis a oito pessoas.

4 — A residência de apoio moderado funciona vinte e quatro horas por dia, todos os dias do ano.

5 — Esta residência pode, também, funcionar em complementaridade com a unidade sócio-ocupacional, desde que autorizado pela ECRSM, ouvida a coordenação nacional dos CCISM.

6 — Para efeitos do disposto no número anterior a equipa multidisciplinar é ajustada na sua composição e carga horária, sendo constituída por:

- a) Enfermeiro, preferencialmente com especialidade em saúde mental e psiquiatria;
- b) Assistente social;
- c) Psicólogo;
- d) Administrativo;
- e) Ajudante de acção directa;
- f) Trabalhador auxiliar dos serviços gerais.

Artigo 31.º

Serviços

1 — A residência de apoio moderado assegura os seguintes serviços:

- a) Actividades diárias de reabilitação psicossocial;
- b) Apoio e orientação nas actividades da vida diária;
- c) Apoio psicossocial, incluindo a familiares e outros cuidadores;
- d) Sensibilização e treino de familiares e outros cuidadores;

e) Acesso a cuidados médicos gerais e da especialidade de psiquiatria;

f) Cuidados de enfermagem;

g) Supervisão na gestão da medicação;

h) Alimentação;

i) Cuidados de higiene e conforto;

j) Tratamento de roupa;

l) Convívio e lazer.

2 — Nas situações referidas no n.º 5 do artigo 30.º são assegurados os seguintes serviços:

a) Apoio e orientação nas actividades da vida diária;

b) Apoio psicossocial, incluindo a familiares e a outros cuidadores informais;

c) Acesso a cuidados médicos gerais e da especialidade de psiquiatria;

d) Cuidados de enfermagem;

e) Supervisão na gestão da medicação;

f) Alimentação;

g) Cuidados de higiene e conforto;

h) Tratamento de roupa.

Artigo 32.º

CrITÉRIOS de admissão

1 — Os critérios de admissão na residência de apoio moderado são, cumulativamente:

a) Grau moderado de incapacidade psicossocial por doença mental grave, de acordo com instrumento único de avaliação aplicado no momento da referenciação;

b) Ausência de suporte familiar ou social adequado;

c) Estabilização clínica da fase aguda da doença;

d) Funcionalidade instrumental conservada ou adquirida em processo de reabilitação anterior, nas áreas de orientação espaço-temporal, cuidados pessoais, mobilidade física, relação interpessoal e actividades de vida doméstica e mobilidade na comunidade;

e) Dificuldades relacionais significativas, sem incapacidade a nível da mobilidade na comunidade e da capacidade para reconhecer situações de perigo e desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e de terceiros;

f) Necessidade de supervisão regular nas actividades básicas de vida diária e nas actividades instrumentais de vida diária;

g) Aceitação do programa de reabilitação;

h) Aceitação do termo de pagamento.

2 — Podem ser admitidos utentes com suporte familiar ou social adequado por um período máximo de 45 dias por ano, por necessidade de descanso do principal cuidador, desde que reúnam os restantes critérios.

SUBSECÇÃO IV

Residência de apoio máximo

Artigo 33.º

Caracterização

1 — A residência de apoio máximo localiza-se na comunidade e destina-se a pessoas com elevado grau de incapacidade psicossocial por doença mental grave, clinicamente estabilizadas sem suporte familiar ou social adequado.

2 — Para assegurar níveis adequados de qualidade dos serviços prestados, esta residência deve dispor, por referência à capacidade máxima, de uma equipa multidisciplinar, constituída por:

- a) Enfermeiro, preferencialmente com especialidade em saúde mental e psiquiatria;
- b) Assistente social;
- c) Técnico da área de reabilitação psicossocial;
- d) Monitor;
- e) Administrativo;
- f) Ajudante de acção directa;
- g) Trabalhador auxiliar dos serviços gerais.

3 — A capacidade da residência de apoio máximo é de 12 a 24 lugares, com estruturas modulares de seis a oito pessoas.

4 — A residência de apoio máximo funciona 24 horas por dia, todos os dias do ano.

Artigo 34.º

Serviços

A residência de apoio máximo assegura os seguintes serviços:

- a) Actividades diárias de reabilitação psicossocial;
- b) Apoio no desempenho das actividades da vida diária;
- c) Apoio psicossocial, incluindo a familiares e a outros cuidadores informais;
- d) Sensibilização e treino de familiares e outros cuidadores informais;
- e) Acesso a cuidados médicos gerais e da especialidade de psiquiatria;
- f) Cuidados de enfermagem diários;
- g) Fornecimento e administração de meios terapêuticos;
- h) Alimentação;
- i) Cuidados de higiene e conforto;
- j) Tratamento de roupa;
- l) Convívio e lazer.

Artigo 35.º

CrITÉRIOS DE ADMISSÃO

1 — Os critérios de admissão na residência de apoio máximo são, cumulativamente:

- a) Grau elevado de incapacidade psicossocial por doença mental grave, de acordo com instrumento único de avaliação aplicado no momento da referenciação;
- b) Ausência de suporte familiar ou social adequado;
- c) Estabilização clínica da fase aguda da doença;
- d) Necessidade de apoio na higiene, na alimentação e cuidados pessoais, na gestão do dinheiro e da medicação;
- e) Graves limitações funcionais ou cognitivas, dificuldades relacionais acentuadas, incapacidade para reconhecer situações de perigo, incapacidade para desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e de terceiros e reduzida mobilidade na comunidade;
- f) Aceitação do programa de reabilitação;
- g) Aceitação do termo de pagamento.

2 — Podem ser admitidos utentes com suporte familiar ou social adequado por um período máximo de 45 dias por ano, por necessidade de descanso do principal cuidador, desde que reúnam os restantes critérios.

SECÇÃO II

Unidade sócio-ocupacional

Artigo 36.º

Caracterização

1 — A unidade sócio-ocupacional localiza-se na comunidade e destina-se a desenvolver programas de reabilitação psicossocial para pessoas com moderado e reduzido grau de incapacidade psicossocial por doença mental grave, estabilizadas clinicamente mas que apresentem incapacidades nas áreas relacional, ocupacional e de integração social.

2 — Para assegurar níveis adequados de qualidade dos serviços prestados, esta unidade deve dispor, por referência à capacidade máxima, de uma equipa multidisciplinar, constituída por:

- a) Psicólogo;
- b) Assistente social;
- c) Técnico da área de reabilitação psicossocial;
- d) Monitor;
- e) Administrativo;
- f) Trabalhador auxiliar dos serviços gerais.

3 — A unidade sócio-ocupacional funciona, no mínimo, oito horas por dia, nos dias úteis.

4 — O horário de permanência de cada utente é definido no PII, podendo variar entre três a cinco dias por semana.

5 — A capacidade da unidade sócio ocupacional é de 30 utentes por dia.

Artigo 37.º

Serviços

A unidade sócio-ocupacional assegura os seguintes serviços:

- a) Apoio e monitorização nas actividades da vida diária;
- b) Apoio sócio-ocupacional;
- c) Sensibilização e treino de familiares e outros cuidadores;
- d) Apoio a grupos de auto-ajuda, incluindo familiares e cuidadores informais;
- e) Apoio e encaminhamento para serviços de formação e de integração profissional;
- f) Promoção de actividades sócio-culturais e desportivas em articulação com a comunidade;
- g) Supervisão na gestão da medicação;
- h) Alimentação;
- i) Convívio e lazer.

Artigo 38.º

CrITÉRIOS DE ADMISSÃO

Os critérios de admissão na unidade sócio-ocupacional são, cumulativamente:

- a) Grau moderado ou reduzido de incapacidade psicossocial por doença mental grave, de acordo com instrumento único de avaliação aplicado no momento da referenciação;
- b) Estabilização clínica, tendo ultrapassado a fase aguda da doença;
- c) Funcionalidade básica conservada ou adquirida em processo de reabilitação anterior, nomeadamente nas áreas da orientação espaço-temporal, mobilidade física e cuidados pessoais;

- d) Comportamentos que não ponham em causa a convivência com os outros utentes ou impossibilitem o trabalho em grupo;
- e) Perturbação da funcionalidade nas áreas relacional, ocupacional e ou profissional;
- f) Aceitação do programa de reabilitação;
- g) Aceitação do termo de pagamento.

SECÇÃO III

Equipa de apoio domiciliário

Artigo 39.º

Caracterização

1 — A equipa de apoio domiciliário destina-se a intervir junto de pessoas com doença mental grave, estabilizadas clinicamente, que necessitem de programa adaptado ao grau de incapacidade psicossocial, para reabilitação de competências relacionais, de organização pessoal e doméstica e de acesso aos recursos da comunidade, em domicílio próprio, familiar ou equiparado.

2 — A equipa de apoio domiciliário deve preferencialmente estar integrada em estruturas com experiência de intervenção em saúde mental.

3 — Para assegurar níveis adequados de qualidade dos serviços prestados, esta equipa deve dispor, por referência à capacidade máxima, de uma equipa multidisciplinar, constituída por:

- a) Enfermeiro, preferencialmente com especialidade em saúde mental e psiquiatria;
- b) Psicólogo;
- c) Assistente social;
- d) Técnico da área de reabilitação psicossocial;
- e) Ajudante de acção directa.

4 — A equipa assegura oito intervenções domiciliárias por dia.

5 — A equipa de apoio domiciliário funciona sete dias por semana.

Artigo 40.º

Serviços

A equipa de apoio domiciliário assegura os seguintes serviços:

- a) Promoção da autonomia nas actividades básicas de vida diária;
- b) Promoção da autonomia nas actividades instrumentais de vida diária;
- c) Facilitação do acesso a actividades ocupacionais, de convívio ou de lazer;
- d) Sensibilização, envolvimento e treino dos familiares e cuidadores informais na prestação de cuidados;
- e) Acesso a cuidados médicos gerais e da especialidade de psiquiatria;
- f) Supervisão e gestão da medicação.

Artigo 41.º

Critérios de admissão

Os critérios de admissão nas equipas de apoio domiciliário são, cumulativamente:

- a) Qualquer dos graus de incapacidade psicossocial, de acordo com instrumento único de avaliação aplicado no momento da referênciação;

- b) Estabilização clínica, tendo ultrapassado a fase aguda da sua doença;
- c) Encontrar-se a viver na comunidade em domicílio próprio ou familiar;
- d) Aceitação do programa de reabilitação;
- e) Aceitação do termo de pagamento.

CAPÍTULO V

Unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde mental para a infância e adolescência

SECÇÃO I

Unidades residenciais

SUBSECÇÃO I

Residência de treino de autonomia

Artigo 42.º

Caracterização

1 — A residência de treino de autonomia é uma unidade residencial, em estrutura modular, localizada preferencialmente na comunidade e destinada a desenvolver programas de reabilitação psicossocial e terapêutica para crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos, com perturbação mental grave (subtipo A) ou perturbação grave do desenvolvimento e estruturação da personalidade (subtipo B) e reduzido ou moderado grau de incapacidade psicossocial, clinicamente estabilizados.

2 — A residência de treino de autonomia abrange situações de continuidade de cuidados subjacentes ao processo de tratamento, provenientes quer de internamento por situação aguda para consolidação clínica, quer de acompanhamento em ambulatório, bem como situações de ausência de adequado suporte familiar ou institucional que garanta medidas de supervisão e intervenção, desde que se verifique a inexistência de respostas mais adequadas.

3 — Para assegurar níveis adequados de qualidade dos serviços prestados, a residência de treino de autonomia deve dispor, consoante se destine a crianças e adolescentes com perturbação mental grave (subtipo A) ou com perturbação grave do desenvolvimento e estruturação da personalidade (subtipo B), da seguinte equipa multidisciplinar, por referência à capacidade à capacidade máxima:

a) Psiquiatra da infância e adolescência, assegurando a coordenação clínica que em situação excepção de impossibilidade de recrutamento, pode ser substituído por psiquiatra, mediante proposta devidamente justificada pela ECRSM à coordenação nacional para apreciação e autorização;

b) Psiquiatra da infância e adolescência ou psicólogo, variante clínica, para supervisão externa da dinâmica da equipa;

- c) Psicólogo, variante clínica;
- d) Assistente social;
- e) Enfermeiro, preferencialmente com especialização em saúde mental e psiquiatria;
- f) Técnico da área de reabilitação psicossocial;
- g) Monitor;
- h) Administrativo;
- i) Trabalhador auxiliar de serviços gerais;
- j) Motorista.

4 — O período de permanência na residência de treino de autonomia tem duração máxima de 12 meses, podendo eventualmente ser prorrogado de acordo com proposta da equipa técnica e parecer favorável da ECRSM.

5 — A capacidade da residência de treino de autonomia é de 6 a 12 crianças e ou adolescentes, até um máximo de 6 por estrutura modular.

6 — A residência de treino de autonomia funciona vinte e quatro horas por dia, todos os dias do ano.

Artigo 43.º

Serviços

A residência de treino de autonomia assegura um conjunto de serviços e intervenções dirigidas à situação específica de cada criança e adolescente:

- a) Actividades diárias de reabilitação psicossocial;
- b) Actividades psicopedagógicas, de estimulação sócio-cognitiva, lúdicas e culturais;
- c) Actividades de psicoeducação e treino dos familiares e outros cuidadores informais;
- d) Apoio psicossocial, incluindo a familiares e a outros cuidadores informais;
- e) Desenvolvimento de um plano de educação e formação (PEF) no âmbito do Programa Integrado de Educação e Formação (PIEF) ao abrigo dos despachos conjuntos, dos Ministérios da Educação e da Segurança Social e do Trabalho, n.ºs 948/2003, de 26 de Setembro, e 171/2006, de 10 de Fevereiro;
- f) Cuidados de enfermagem permanentes;
- g) Acesso a cuidados médicos;
- h) Fornecimento de meios terapêuticos;
- i) Alimentação;
- j) Cuidados de higiene e conforto;
- l) Tratamento de roupa.

Artigo 44.º

CrITÉRIOS de admissÃO

1 — Os critérios de admissão na residência de treino de autonomia são cumulativamente:

- a) Perturbação psiquiátrica diagnosticada no eixo I (subtipo A) ou eixo II (subtipo B) do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais da Associação Americana de Psiquiatria, adiante designado por DSM-IV-TR, que curse com disfunção psicossocial grave e que, pela sua complexidade actual aliada à falta de recursos específicos, comporta riscos a nível do desenvolvimento e funcionamento psicossocial;
- b) Situação psicopatológica sem indicação para internamento pedopsiquiátrico, com necessidade de intervenção reabilitativa prolongada e supervisão, em contexto estruturado, de forma a atingir uma melhoria sustentada que permita um retorno à comunidade em condições mais satisfatórias;
- c) Situação clínica estável e sem sintomatologia aguda de doença psiquiátrica, ainda que numa situação de risco que requer a implementação de medidas alternativas de intervenção;
- d) Situação clínica refractária, total ou parcialmente, a outras modalidades de intervenção pedopsiquiátrica, quer em ambulatório, quer em internamento;
- e) Aceitação do programa de reabilitação, assinado pelo representante legal e pelo adolescente quando com idade igual ou superior a 16 anos;
- f) Aceitação do termo de pagamento.

2 — As crianças e adolescentes que se encontram nas situações previstas no n.º 1 não podem ser admitidas quando apresentam:

- a) Necessidade de tratamento em unidade de internamento pedopsiquiátrico;
- b) Situação actual de abuso ou dependência de substâncias psicotrópicas;
- c) Atraso mental com quociente de inteligência (QI) muito inferior aferido por avaliação com escalas de Wechsler, excepto nos casos em que se considere que o nível cognitivo se encontra temporariamente prejudicado pela perturbação psiquiátrica.

SUBSECÇÃO II

Residência de apoio máximo

Artigo 45.º

Caracterização

1 — A residência de apoio máximo é uma unidade residencial, em estrutura modular, localizada preferencialmente na comunidade, destinada a desenvolver programas de reabilitação psicossocial e terapêutica para crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos, com perturbação mental grave e elevado grau de incapacidade psicossocial, clinicamente estabilizados.

2 — A residência de apoio máximo abrange situações de ausência de adequado suporte familiar ou institucional ou de agravamento da situação clínica, sem indicação actual para internamento hospitalar e sem resposta satisfatória de tratamento em ambulatório.

3 — Para assegurar níveis adequados de qualidade dos serviços prestados, esta residência deve dispor, por referência à capacidade máxima, de uma equipa multidisciplinar, constituída por:

- a) Psiquiatra da infância e da adolescência, assegurando a coordenação clínica, que, em situação excepcional de impossibilidade de recrutamento, pode ser substituído por psiquiatra, mediante proposta da ECRSM, devidamente justificada, à coordenação nacional para apreciação e autorização;
- b) Psiquiatra da infância e da adolescência ou psicólogo, variante clínica, assegurando a supervisão externa da dinâmica da equipa;
- c) Enfermeiro, preferencialmente com especialização em saúde mental e psiquiatria;
- d) Assistente social;
- e) Psicólogo, variante clínica;
- f) Técnico da área de reabilitação psicossocial;
- g) Administrativo;
- h) Ajudante de acção directa;
- i) Trabalhador auxiliar de serviços gerais;
- j) Motorista.

4 — O período de permanência na residência de apoio máximo é de 12 meses, podendo eventualmente ser prorrogado de acordo com proposta da equipa técnica e parecer favorável da ECRSM.

5 — A capacidade da residência de apoio máximo é de 6 a 12 crianças e ou adolescentes, até um máximo de 6 por estrutura modular.

6 — A residência de apoio máximo funciona vinte e quatro horas por dia, todos os dias do ano.

Artigo 46.º

Serviços

A residência de apoio máximo assegura um conjunto de serviços e intervenções dirigidos à situação específica de cada criança e ou adolescente:

- a) Actividades diárias de reabilitação psicossocial;
- b) Actividades de psicoeducação e treino dos familiares e outros cuidadores informais;
- c) Apoio psicossocial, incluindo aos familiares e outros cuidadores informais;
- d) Desenvolvimento de um plano de educação e formação (PEF) no âmbito do Programa Integrado de Educação e Formação (PIEF) ao abrigo dos despachos conjuntos, dos Ministérios da Educação e da Segurança Social e do Trabalho, n.ºs 948/2003, de 26 de Setembro, e 171/2006, de 10 de Fevereiro;
- e) Apoio no desempenho das actividades da vida diária;
- f) Cuidados de enfermagem permanentes;
- g) Acesso a cuidados médicos;
- h) Fornecimento e administração de meios terapêuticos;
- i) Alimentação;
- j) Cuidados de higiene e conforto;
- l) Tratamento de roupa;
- m) Actividades lúdicas e culturais.

Artigo 47.º

Critérios de admissão

1 — Os critérios de admissão na residência de apoio máximo são:

a) Perturbação psiquiátrica diagnosticada com recurso ao DSM-IV-TR, com elevado grau de incapacidade psicossocial, em que se verifique, cumulativamente:

- i) Limitação funcional ou cognitiva grave;
- ii) Dificuldade relacional acentuada;
- iii) Incapacidade para reconhecer situações de perigo;
- iv) Incapacidade para desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e ou de terceiros;
- v) Reduzida mobilidade na comunidade;
- vi) Necessidade de apoio na higiene, alimentação e cuidados pessoais;
- vii) Situação clínica estável e sem sintomatologia aguda de doença psiquiátrica, ainda que numa situação de risco que requeira medidas alternativas de intervenção, mas sem indicação para tratamento em internamento pedopsiquiátrico;

b) Necessidade de recuperação e ou reparação de competências parentais do principal cuidador até ao máximo de 45 dias por ano.

2 — São ainda critérios de admissão, cumulativamente:

- a) Aceitação do programa de reabilitação, assinado pelo representante legal e pelo adolescente quando com idade igual ou superior a 16 anos;
- b) Aceitação do termo de pagamento.

3 — As crianças e adolescentes que se encontrem nas situações previstas no n.º 1 não podem ser admitidas nas unidades residenciais de apoio máximo quando apresentem:

- a) Situações de défice cognitivo severo sem patologia psiquiátrica associada;

- b) Necessidade de tratamento em unidade de internamento pedopsiquiátrico;
- c) Situação actual de abuso ou dependência de substâncias psicotrópicas.

SECÇÃO II

Unidade sócio-ocupacional

Artigo 48.º

Caracterização

1 — A unidade sócio-ocupacional localiza-se na comunidade e destina-se a desenvolver programas de reabilitação psicossocial para adolescentes dos 13 aos 17 anos, com perturbação mental e ou com perturbação do desenvolvimento e estruturação da personalidade, com reduzido ou moderado grau de incapacidade psicossocial, clinicamente estabilizados.

2 — A intervenção da unidade sócio-ocupacional é definida em estreita articulação com os serviços de saúde mental da infância e adolescência, beneficiando da sua consultoria e supervisão técnica.

3 — Para assegurar níveis adequados de qualidade dos serviços prestados, esta unidade deve dispor, por referência à capacidade máxima, de uma equipa multidisciplinar, constituída por:

- a) Psicólogo, variante clínica;
- b) Assistente social;
- c) Técnico da área de reabilitação psicossocial;
- d) Monitor;
- e) Administrativo;
- f) Trabalhador auxiliar de serviços gerais.

4 — O período de permanência na unidade sócio-ocupacional tem duração de 12 meses.

5 — A capacidade da unidade sócio-ocupacional é de 20 adolescentes por dia.

6 — A unidade sócio-ocupacional funciona nos dias úteis, no mínimo oito horas por dia, com permanência mínima de dois dias por semana.

Artigo 49.º

Serviços

A unidade sócio-ocupacional assegura um conjunto de serviços e intervenções, dirigidas à situação específica de cada criança e ou adolescente:

a) Apoio nas áreas de reabilitação, treino de autonomia e desenvolvimento de competências sócio-cognitivas, de acordo com programa funcional;

b) Apoio e reabilitação psicossocial nas actividades de vida diária;

c) Apoio sócio-ocupacional, incluindo actividades psicoeducativas, lúdicas e desportivas;

d) Actividades de psicoeducação e treino aos familiares e outros cuidadores;

e) Articulação com a escola, incluindo apoio e encaminhamento para serviços de formação profissional;

f) Actividades pedagógicas, sócio-culturais e desportivas em articulação com as escolas, autarquias, associações culturais, desportivas e recreativas ou outras estruturas da comunidade;

g) Supervisão na gestão da medicação;

h) Alimentação;

i) Cuidados de higiene e conforto.

Artigo 50.º

Critérios de admissão

1 — Os critérios de admissão na unidade sócio-ocupacional são, cumulativamente:

a) Perturbação mental e ou perturbação do desenvolvimento e estruturação da personalidade com perturbações nas áreas relacional, ocupacional e ou escolar;

b) Incapacidade psicossocial de grau reduzido ou moderado;

c) Funcionalidade básica conservada ou adquirida em processo de reabilitação anterior, nomeadamente nas áreas da orientação espaço-temporal, mobilidade física e cuidados pessoais;

d) Aceitação do programa de reabilitação, assinado pelo representante legal e pelo adolescente quando com idade igual ou superior a 16 anos;

e) Aceitação do termo de pagamento.

2 — Os adolescentes que se encontrem nas situações previstas no número anterior não podem ser admitidos nas unidades sócio-ocupacionais quando apresentem:

a) Comportamentos que ponham em causa a convivência com os outros utentes ou impossibilitem o trabalho em grupo;

b) Situação actual de abuso ou dependência de substâncias psicotrópicas;

c) Atraso mental com QI muito inferior aferido por avaliação com escalas de Wechsler, excepto nos casos em que se considere que o nível cognitivo se encontra temporariamente prejudicado pela perturbação psiquiátrica.

SECÇÃO III

Equipa de apoio domiciliário

Artigo 51.º

Caracterização

1 — A equipa de apoio domiciliário destina-se a prestar cuidados reabilitativos a crianças e ou adolescentes com idades compreendidas entre os 5 e os 17 anos, que apresentem perturbação mental com défices sócio-cognitivos e ou psicossociais, nomeadamente quando os principais cuidadores apresentam incapacidade psicossocial decorrente de perturbação psiquiátrica crónica.

2 — A equipa de apoio domiciliário abrange situações de continuidade de cuidados subjacentes ao processo de tratamento, provenientes quer de internamento por situação clínica aguda quer de acompanhamento em ambulatório.

3 — A equipa de apoio domiciliário deve preferencialmente estar integrada em estruturas com experiência de intervenção em saúde mental da infância e adolescência.

4 — A intervenção da equipa de apoio domiciliário é definida em estreita articulação com os serviços de saúde mental da infância e adolescência, beneficiando da sua consultoria técnica.

5 — Para assegurar níveis adequados de qualidade dos serviços prestados, a equipa de apoio domiciliário, por referência à capacidade máxima, deve ser constituída por:

a) Enfermeiro, preferencialmente com especialização em saúde mental e psiquiatria;

b) Psicólogo, variante clínica;

c) Assistente social;

d) Técnico da área de reabilitação psicossocial;

e) Ajudante de acção directa.

6 — A equipa assegura oito intervenções domiciliárias por dia.

7 — A equipa de apoio domiciliário funciona todos os dias do ano.

Artigo 52.º

Serviços

A equipa de apoio domiciliário assegura um conjunto de serviços e intervenções:

a) Sensibilização de familiares e de outros cuidadores para as intervenções psicossociais a desenvolver com a criança e ou adolescente;

b) Actividades de psicoeducação e treino de familiares e de outros cuidadores informais na prestação de cuidados à criança e ou adolescente;

c) Apoio no desempenho das actividades básicas da vida diária;

d) Promoção da integração escolar e do acesso a actividades psicoeducativas, lúdicas, desportivas e de estimulação sócio-cognitiva;

e) Supervisão na gestão da medicação.

Artigo 53.º

Critérios de admissão

1 — São critérios de admissão na equipa de apoio domiciliário os seguintes:

a) Perturbação mental com disfunção psicossocial grave e que, pela sua complexidade actual aliada à falta de recursos específicos, comporta riscos a nível do desenvolvimento e funcionamento global;

b) Dificuldades acrescidas no processo de transição para a comunidade de origem após internamento pedopsiquiátrico;

c) Cuidadores com incapacidade psicossocial decorrente, designadamente, de perturbação psiquiátrica crónica, que não lhes permita salvaguardar a evolução favorável da situação clínica da criança e ou adolescente;

d) Situação psicopatológica com necessidade de supervisão e intervenção reabilitativa em meio natural de vida.

2 — São ainda critérios de admissão, cumulativamente:

a) Aceitação do programa de reabilitação, assinado pelo representante legal e pelo adolescente quando com idade igual ou superior a 16 anos;

b) Aceitação do termo de pagamento.

3 — As crianças e adolescentes que se encontrem nas situações previstas no n.º 1 não podem ser admitidas na equipa de apoio domiciliário quando apresentem uma situação actual de abuso ou dependência de substâncias psicotrópicas.

Pela Ministra do Trabalho e da Solidariedade Social, *Pedro Manuel Dias de Jesus Marques*, Secretário de Estado da Segurança Social, em 25 de Março de 2011. — A Ministra da Saúde, *Ana Maria Teodoro Jorge*, em 23 de Março de 2011.

7 — Referências às normas harmonizadas aplicáveis utilizadas ou às outras especificações técnicas em relação às quais é declarada a conformidade;

8 — O organismo notificado: (nome, número) efetuou ... (descrição da intervenção) e emitiu o certificado;

9 — Informações complementares:

Assinado por e em nome de:

(local e data da emissão):

(nome, cargo) (assinatura):

⁽¹⁾ É facultativo para o fabricante atribuir um número à Declaração.

ANEXO IV

Formato de registo referido no artigo 27.º, n.º 4

Número de registo	Data da emissão do certificado de exame CE de tipo (módulo B), do certificado de conformidade (módulo G) ou da aprovação do sistema de qualidade (módulo H) e data de expiração, se for caso disso	Fabricante	Tipo de produto (genérico e subtipo, se for caso disso)	Módulo de conformidade da fase de produção (1)	Organismo notificado que realiza a avaliação de conformidade da fase de produção (1)	Informações adicionais

(1) Deve ser sempre preenchido se for da responsabilidade do organismo notificado que leva a cabo o procedimento de avaliação da conformidade referido na alínea a) do artigo 14.º (módulo B), Não é necessário relativamente aos procedimentos de avaliação da conformidade referidos nas alíneas b) e c) do artigo 18.º (módulos G e H). Caso haja envolvimento de outro organismo notificado, esse facto deve ser referido (se for conhecido).

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Decreto-Lei n.º 136/2015

de 28 de julho

O Programa do XIX Governo Constitucional define como medida, no âmbito do Ministério da Saúde, o aproveitamento dos meios já existentes, com o reforço dos cuidados continuados, por metas faseadas, e o desenvolvimento de uma rede de âmbito nacional de cuidados paliativos.

A Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, define a responsabilidade do Estado em matéria de cuidados paliativos e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP). Esta rede funcional integrada no Ministério da Saúde visa desenvolver, fomentar, articular e coordenar a prestação de cuidados paliativos no âmbito do Sistema Nacional de Saúde, complementar da rede hospitalar, da rede de cuidados de saúde primários e da rede de cuidados continuados integrados.

Neste sentido, e na sequência da regulamentação da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, designadamente através do Decreto-Lei n.º 173/2014, de 19 de novembro, clarifica-se através do presente decreto-lei que as unidades e equipas em cuidados paliativos deixam de estar integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), assegurando a necessária articulação entre as duas Redes, refletida já na referida lei.

O presente decreto-lei prevê, assim, que as unidades da RNCCI podem coexistir com as unidades da RNCP, que a Rede Nacional de Cuidados Integrados pode integrar as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos e que as unidades e serviços da RNCCI, em função das necessidades, podem prestar ações paliativas, como parte da promoção do bem-estar dos utentes.

No que respeita às unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental prevê-se que as mesmas estão integradas na RNCCI, sendo coordenadas pelas mesmas estruturas.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

O presente decreto-lei procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, e à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro, que cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental.

Artigo 2.º

Alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho

Os artigos 2.º, 3.º, 5.º, 12.º, 27.º, 31.º, 32.º, 34.º, 44.º, 47.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, passam a ter a seguinte redação:

«Artigo 2.º

[...]

1 — A Rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais.

2 — A Rede é ainda constituída pelo conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental criado pelo Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro.

3 — A Rede pode também integrar equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, nos termos do n.º 2 da Base XVIII da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro.

4 — [Anterior n.º 2].

Artigo 3.º

[...]

[...]:

a) [...];

b) ‘Cuidados paliativos’ os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais;

c) ‘Ações paliativas’ as medidas terapêuticas sem intuito curativo, isoladas e praticadas por profissionais sem preparação específica, que visam minorar, em in-

ternamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente, nomeadamente em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva;

- d) [...];
- e) [...];
- f) [...];
- g) [...];
- h) [...];
- i) [...];
- j) [...];
- l) [...];
- m) [...];
- n) [...];
- o) [...].

Artigo 5.º

[...]

1 — [...].

2 — As unidades da Rede podem coexistir com as unidades de cuidados paliativos previstas na Base XVI da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro.

Artigo 12.º

[...]

1 — [...].

2 — [...].

- a) [...];
- b) [...];
- c) [...];
- d) [Revogada].

3 — [...].

4 — São equipas hospitalares as equipas de gestão de altas.

5 — São equipas domiciliárias as equipas de cuidados continuados integrados.

Artigo 27.º

[...]

1 — [...].

2 — [...].

3 — [...].

4 — As equipas de cuidados continuados integrados são constituídas no âmbito das unidades de cuidados na comunidade, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro.

5 — As equipas de cuidados continuados integrados podem integrar as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos previstas na Base XVIII da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro.

Artigo 31.º

[...]

1 — [Anterior corpo do artigo].

2 — A existência de comorbilidade de foro mental ou a deficiência mental não são fatores de exclusão para admissão nas tipologias de resposta da Rede que se afigurem mais adequadas às necessidades de reabilitação motora ou outras ações que possam ser prestadas na Rede.

Artigo 32.º

[...]

1 — [...].

2 — [...].

3 — [...].

4 — [...].

5 — [Revogado].

6 — [...].

7 — [Revogado].

8 — [...].

9 — [...].

10 — As regras de referenciação na Rede e de admissão nas unidades e equipas são definidas por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e da segurança social.

Artigo 34.º

[...]

1 — [...].

2 — As unidades e equipas da Rede devem articular-se com as unidades de tratamento da dor e de paliativos criadas segundo as normas do Programa Nacional de Luta contra a Dor, do Plano Nacional de Saúde e da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos.

3 — [...].

4 — As unidades e serviços da Rede, em função das necessidades, podem prestar ações paliativas, como parte da promoção do bem-estar dos utentes, nos termos do n.º 3 da Base XIV da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro.

5 — Os serviços da Rede, segundo as características e o volume de necessidades, podem diferenciar-se de acordo com diferentes patologias e organizar-se internamente segundo os graus de dependência das pessoas, designadamente para dar respostas específicas na área pediátrica e na área da saúde mental.

6 — Para além das unidades e equipas previstas no n.º 2 do artigo 2.º, os serviços da Rede podem também diferenciar-se para dar outras respostas específicas na área da saúde mental nomeadamente dirigidas a demências e deficiência mental.

Artigo 44.º

[...]

1 — Compete à Entidade Reguladora da Saúde promover a publicação, nos órgãos da imprensa de maior expansão na localidade da sede da unidade ou equipa da Rede, dos seguintes atos:

- a) Concessão, suspensão, substituição, cessação ou caducidade do alvará;
- b) Decisão do encerramento da unidade ou fim da atividade da equipa.

2 — A Entidade Reguladora da Saúde deve comunicar previamente às administrações regionais de saúde e aos centros distritais de segurança social das decisões previstas na alínea b) do número anterior, para efeitos do disposto no número seguinte.

3 — [Anterior n.º 2].

Artigo 47.º

[...]

1 — [...];

a) As unidades de convalescença e as equipas de gestão de altas são integralmente da responsabilidade do Ministério da Saúde, sendo o financiamento das unidades públicas incluído no contrato-programa celebrado com o respetivo hospital, centro hospitalar ou unidade local de saúde;

b) [...];

c) [...];

2 — [...];

3 — [...];

4 — [...].»

Artigo 3.º

Alteração ao Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro

Os artigos 1.º e 6.º do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro, passam a ter a seguinte redação:

«Artigo 1.º

[...]

1 — [...].

2 — O conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, inclui unidades residenciais, unidades sócio ocupacionais e equipas de apoio domiciliário, que estão integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e articulam-se com os serviços locais de saúde mental (SLSM).

Artigo 6.º

[...]

1 — A coordenação das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental é assegurada a nível nacional e regional pela coordenação a nível nacional, e a nível regional e local, da RNCCI.

2 — A organização das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental obedece a critérios de complementaridade e ao princípio do respeito da prevalência do interesse da pessoa incapaz e é definida por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e da segurança social, de acordo com os princípios previstos no artigo 3.º, abrangendo, nomeadamente:

a) A necessária articulação com os parceiros que colaboram na prestação de cuidados continuados de saúde mental, bem como com outras entidades que considerem pertinentes para o exercício das suas competências;

b) [...];

c) [...];

d) [...];

e) [...];

f) [...];

g) [...].»

Artigo 4.º

Norma revogatória

É revogada a alínea d) do n.º 2 do artigo 12.º, os artigos 19.º, 20.º, 25.º, 26.º, 29.º, 30.º e os n.ºs 5 e 7 do artigo 32.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

Artigo 5.º

Replicação

1 — É republicado em anexo ao presente decreto-lei, do qual faz parte integrante, o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, com a redação atual.

2 — Para efeitos de republicação onde se lê: «despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde», «portaria dos Ministros de Estado e das Finanças, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde» e «Trabalho e da Solidariedade Social» deve ler-se, respetivamente «despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e da segurança social», «portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da saúde e da segurança social» e «Solidariedade, Emprego e Segurança Social».

Artigo 6.º

Entrada em vigor

O presente decreto-lei entra em vigor no prazo de 30 dias após a sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 7 de maio de 2015. — *Pedro Passos Coelho* — *Maria Luís Casanova Morgado Dias de Albuquerque* — *Paulo José de Ribeiro Moita de Macedo* — *Luís Pedro Russo da Mota Soares*.

Promulgado em 10 de julho de 2015.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 14 de julho de 2015.

O Primeiro-Ministro, *Pedro Passos Coelho*.

ANEXO

(a que se refere o artigo 5.º)

Replicação do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objeto e âmbito de aplicação

1 — É criada, pelo presente decreto-lei, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, adiante designada por Rede.

2 — O presente decreto-lei aplica-se às entidades integradas na Rede.

Artigo 2.º

Composição da Rede

1 — A Rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais.

2 — A Rede é ainda constituída pelo conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental criado pelo Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro.

3 — A Rede pode também integrar equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, nos termos do n.º 2 da Base XVIII da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro.

4 — A Rede organiza-se em dois níveis territoriais de operacionalização, regional e local.

Artigo 3.º

Definições

Para efeitos do presente decreto-lei entende-se por:

a) «Cuidados continuados integrados» o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, 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;

b) «Cuidados paliativos» os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais;

c) «Ações paliativas» as medidas terapêuticas sem intuito curativo, isoladas e praticadas por profissionais sem preparação específica, que visam minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente, nomeadamente em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva;

d) «Continuidade dos cuidados» a sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social;

e) «Integração de cuidados» a conjugação das intervenções de saúde e de apoio social, assente numa avaliação e planeamento de intervenção conjuntos;

f) «Multidisciplinaridade» a complementaridade de atuação entre diferentes especialidades profissionais;

g) «Interdisciplinaridade» a definição e assunção de objetivos comuns, orientadores das atuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados;

h) «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 atividades da vida diária;

i) «Funcionalidade» a capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente;

j) «Doença crónica» a doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos mul-

tidimensionais, 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;

l) «Processo individual de cuidados continuados» o conjunto de informação respeitante à pessoa em situação de dependência que recebe cuidados continuados integrados;

m) «Plano individual de intervenção» o conjunto dos objetivos a atingir face às necessidades identificadas e das intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção tanto nos aspetos clínicos como sociais;

n) «Serviço comunitário de proximidade» a estrutura funcional criada através de parceria formal entre instituições locais de saúde, de segurança social e outras comunitárias para colaboração na prestação de cuidados continuados integrados, constituído pelas unidades de saúde familiar, ou, enquanto estas não existirem, pelo próprio centro de saúde, pelos serviços locais de segurança social, pelas autarquias locais e por outros serviços públicos, sociais e privados de apoio comunitário que a ele queiram aderir;

o) «Domicílio» a residência particular, o estabelecimento ou a instituição onde habitualmente reside a pessoa em situação de dependência.

Artigo 4.º

Objetivos

1 — Constitui objetivo geral da Rede a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

2 — Constituem objetivos específicos da Rede:

a) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;

b) A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;

c) O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;

d) A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;

e) O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;

f) A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;

g) A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência, em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.

Artigo 5.º

Cuidados continuados integrados

1 — Os cuidados continuados integrados incluem-se no Serviço Nacional de Saúde e no sistema de segurança social, assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, entendidos como o processo ativo e contínuo,

por período que se prolonga para além do necessário para tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, e compreendem:

- a) A reabilitação, a readaptação e a reintegração social;
- b) A provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis.

2 — As unidades da Rede podem coexistir com as unidades de cuidados paliativos previstas na Base XVI da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro.

CAPÍTULO II

Princípios e direitos

Artigo 6.º

Princípios

A Rede baseia-se no respeito pelos seguintes princípios:

- a) Prestação individualizada e humanizada de cuidados;
- b) Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede;
- c) Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede;
- d) Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade;
- e) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados;
- f) Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia;
- g) Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia;
- h) Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede;
- i) Participação e responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados;
- j) Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

Artigo 7.º

Direitos

A Rede assenta na garantia do direito da pessoa em situação de dependência:

- a) À dignidade;
- b) À preservação da identidade;
- c) À privacidade;
- d) À informação;
- e) À não discriminação;
- f) À integridade física e moral;
- g) Ao exercício da cidadania;
- h) Ao consentimento informado das intervenções efetuadas.

CAPÍTULO III

Modelo e coordenação da Rede

Artigo 8.º

Modelo de intervenção

A Rede baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada que prevê diferentes tipos de unidades e equi-

pas para a prestação de cuidados de saúde e ou de apoio social e assenta nas seguintes bases de funcionamento:

- a) Interceção com os diferentes níveis de cuidados do sistema de saúde e articulação prioritária com os diversos serviços e equipamentos do sistema de segurança social;
- b) Articulação em rede garantindo a flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas de cuidados;
- c) Coordenação entre os diferentes setores e recursos locais;
- d) Organização mediante modelos de gestão que garantam uma prestação de cuidados efetivos, eficazes e oportunos visando a satisfação das pessoas e que favoreçam a otimização dos recursos locais;
- e) Intervenção baseada no plano individual de cuidados e no cumprimento de objetivos.

Artigo 9.º

Coordenação da Rede

1 — A coordenação da Rede processa-se a nível nacional, sem prejuízo da coordenação operativa, regional e local.

2 — A coordenação da Rede a nível nacional é definida, em termos de constituição e competências, por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e da segurança social.

3 — A coordenação da Rede a nível regional é assegurada por cinco equipas constituídas, respetivamente, por representantes de cada administração regional de saúde e dos centros distritais de segurança social nos termos a definir por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e da segurança social.

4 — A coordenação da Rede aos níveis nacional e regional deve promover a articulação com os parceiros que integram a Rede, bem como com outras entidades que considerem pertinentes para o exercício das suas competências.

5 — A coordenação da Rede a nível local é assegurada por uma ou mais equipas, em princípio de âmbito concelhio, podendo, designadamente nos concelhos de Lisboa, Porto e Coimbra, coincidir com uma freguesia ou agrupamento de freguesias.

6 — As equipas coordenadoras locais são constituídas por representantes da administração regional de saúde e da segurança social, devendo integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um assistente social e, facultativamente, um representante da autarquia local.

Artigo 10.º

Competências a nível regional

As equipas coordenadoras regionais articulam com a coordenação aos níveis nacional e local, asseguram o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da Rede, competindo-lhes, designadamente:

- a) Elaborar proposta de planeamento das respostas necessárias e propor a nível central os planos de ação anuais para o desenvolvimento da Rede e a sua adequação periódica às necessidades;
- b) Orientar e consolidar os planos orçamentados de ação anuais e respetivos relatórios de execução e submetê-los à coordenação nacional;

c) Promover formação específica e permanente dos diversos profissionais envolvidos na prestação dos cuidados continuados integrados;

d) Promover a celebração de contratos para implementação e funcionamento das unidades e equipas que se propõem integrar a Rede;

e) Acompanhar, avaliar e realizar o controlo de resultados da execução dos contratos para a prestação de cuidados continuados, verificando a conformidade das atividades prosseguidas com as autorizadas no alvará de licenciamento e em acordos de cooperação;

f) Promover a avaliação da qualidade do funcionamento, dos processos e dos resultados das unidades e equipas e propor as medidas corretivas consideradas convenientes para o bom funcionamento das mesmas;

g) Garantir a articulação com e entre os grupos coordenadores locais;

h) Alimentar o sistema de informação que suporta a gestão da Rede;

i) Promover a divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da Rede.

Artigo 11.º

Competências a nível local

A(s) equipa(s) coordenadora(s) local(ais) articula(m) com a coordenação a nível regional, assegura(m) o acompanhamento e a avaliação da Rede a nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e atividades, no seu âmbito de referência, competindo-lhes, designadamente:

a) Identificar as necessidades e propor à coordenação regional ações para a cobertura das mesmas;

b) Consolidar os planos orçamentados de ação anuais, elaborar os respetivos relatórios de execução e submetê-los à coordenação regional;

c) Divulgar informação atualizada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da Rede;

d) Apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos e a utilização dos recursos das unidades e equipas da Rede;

e) Promover o estabelecimento de parcerias para a prestação de cuidados continuados no respetivo serviço comunitário de proximidade;

f) Promover o processo de admissão ou readmissão nas unidades e equipas da Rede;

g) Alimentar o sistema de informação que suporta a gestão da Rede.

CAPÍTULO IV

Tipologia da Rede

Artigo 12.º

Tipos de serviços

1 — A prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por:

- a) Unidades de internamento;
- b) Unidades de ambulatório;
- c) Equipas hospitalares;
- d) Equipas domiciliárias.

2 — Constituem unidades de internamento as:

- a) Unidades de convalescença;
- b) Unidades de média duração e reabilitação;
- c) Unidades de longa duração e manutenção;
- d) [Revogada].

3 — Constitui unidade de ambulatório a unidade de dia e de promoção da autonomia.

4 — São equipas hospitalares as equipas de gestão de altas.

5 — São equipas domiciliárias as equipas de cuidados continuados integrados.

SECÇÃO I

Unidade de convalescença

Artigo 13.º

Caracterização

1 — A unidade de convalescença é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.

2 — A unidade de convalescença tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos.

3 — A unidade de convalescença destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão.

4 — A unidade de convalescença pode coexistir simultaneamente com a unidade de média duração e reabilitação.

Artigo 14.º

Serviços

A unidade de convalescença assegura, sob a direção de um médico, designadamente:

- a) Cuidados médicos permanentes;
- b) Cuidados de enfermagem permanentes;
- c) Exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Cuidados de fisioterapia;
- f) Apoio psicossocial;
- g) Higiene, conforto e alimentação;
- h) Convívio e lazer.

SECÇÃO II

Unidade de média duração e reabilitação

Artigo 15.º

Caracterização

1 — A unidade de média duração e reabilitação é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial,

por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.

2 — A unidade de média duração e reabilitação tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa que se encontre na situação prevista no número anterior.

3 — O período de internamento na unidade de média duração e reabilitação tem uma previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão.

4 — A unidade de média duração e reabilitação pode coexistir com a unidade de convalescença ou com a unidade de longa duração.

5 — A unidade de média duração e reabilitação pode diferenciar-se na prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e sociais a pessoas com patologias específicas.

Artigo 16.º

Serviços

A unidade de média duração e reabilitação é gerida por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e assegura, designadamente:

- a) Cuidados médicos diários;
- b) Cuidados de enfermagem permanentes;
- c) Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Apoio psicossocial;
- f) Higiene, conforto e alimentação;
- g) Convívio e lazer.

SECÇÃO III

Unidade de longa duração e manutenção

Artigo 17.º

Caracterização

1 — A unidade de longa duração e manutenção é uma unidade de internamento, de caráter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.

2 — A unidade de longa duração e manutenção tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos.

3 — A unidade de longa duração e manutenção pode proporcionar o internamento, por período inferior ao previsto no número anterior, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.

Artigo 18.º

Serviços

A unidade de longa duração e manutenção é gerida por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e assegura, designadamente:

- a) Atividades de manutenção e de estimulação;
- b) Cuidados de enfermagem diários;

- c) Cuidados médicos;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Apoio psicossocial;
- f) Controlo fisiátrico periódico;
- g) Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional;
- h) Animação sociocultural;
- i) Higiene, conforto e alimentação;
- j) Apoio no desempenho das atividades da vida diária;
- l) Apoio nas atividades instrumentais da vida diária.

SECÇÃO IV

Unidade de cuidados paliativos

Artigo 19.º

Caracterização

[Revogado].

Artigo 20.º

Serviços

[Revogado].

SECÇÃO V

Unidade de dia e de promoção da autonomia

Artigo 21.º

Caracterização

1 — A unidade de dia e de promoção da autonomia é uma unidade para a prestação de cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatorio, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.

2 — A unidade de dia e de promoção da autonomia deve articular-se com unidades da Rede ou com respostas sociais já existentes, em termos a definir.

3 — A unidade de dia e de promoção da autonomia funciona oito horas por dia, no mínimo nos dias úteis.

Artigo 22.º

Serviços

A unidade de dia e de promoção da autonomia assegura, designadamente:

- a) Atividades de manutenção e de estimulação;
- b) Cuidados médicos;
- c) Cuidados de enfermagem periódicos;
- d) Controlo fisiátrico periódico;
- e) Apoio psicossocial;
- f) Animação sociocultural;
- g) Alimentação;
- h) Higiene pessoal, quando necessária.

SECÇÃO VI

Equipa de gestão de altas

Artigo 23.º

Caracterização

1 — A equipa de gestão de altas é uma equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospi-

talares com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência hospitalar.

2 — A equipa de gestão de altas encontra-se sediada em hospital de agudos e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um assistente social.

Artigo 24.º

Serviços

A equipa de gestão de altas assegura, designadamente:

- a) A articulação com as equipas terapêuticas hospitalares de agudos para a programação de altas hospitalares;
- b) A articulação com as equipas coordenadoras distritais e locais da Rede;
- c) A articulação com as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde do seu âmbito de abrangência.

SECÇÃO VII

Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos

Artigo 25.º

Caracterização

[Revogado].

Artigo 26.º

Serviços

[Revogado].

SECÇÃO VIII

Equipa de cuidados continuados integrados

Artigo 27.º

Caracterização

1 — A equipa de cuidados continuados integrados é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.

2 — A avaliação integral referida no número anterior é efetuada em articulação com o centro de saúde e a entidade que presta apoio social.

3 — A equipa de cuidados continuados integrados apoia-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada centro de saúde, conjugados com os serviços comunitários, nomeadamente as autarquias locais.

4 — As equipas de cuidados continuados integrados são constituídas no âmbito das unidades de cuidados na comunidade, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro.

5 — As equipas de cuidados continuados integrados podem integrar as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos previstas na Base XVIII da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro.

Artigo 28.º

Serviços

A equipa de cuidados continuados integrados assegura, designadamente:

- a) Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas e regulares e ter por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa;
- b) Cuidados de fisioterapia;
- c) Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- d) Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- e) Apoio na satisfação das necessidades básicas;
- f) Apoio no desempenho das atividades da vida diária;
- g) Apoio nas atividades instrumentais da vida diária;
- h) Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

SECÇÃO IX

Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos

Artigo 29.º

Caracterização

[Revogado].

Artigo 30.º

Serviços

[Revogado].

CAPÍTULO V

Acesso à Rede, ingresso e mobilidade

Artigo 31.º

Acesso à Rede

1 — São destinatários das unidades e equipas da Rede, as pessoas que se encontrem em alguma das seguintes situações:

- a) Dependência funcional, transitória decorrente de processo de convalescença ou outro;
- b) Dependência funcional prolongada;
- c) Idosas com critérios de fragilidade;
- d) Incapacidade grave, com forte impacto psicossocial;
- e) Doença severa, em fase avançada ou terminal.

2 — A existência de comorbilidade de foro mental ou a deficiência mental não são fatores de exclusão para admissão nas tipologias de resposta da Rede que se afigurem mais adequadas às necessidades de reabilitação motora ou outras ações que possam ser prestadas na Rede.

Artigo 32.º**Ingresso na Rede**

1 — O ingresso na Rede é efetuado através de proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados ou das equipas de gestão de altas, na decorrência de diagnóstico da situação de dependência.

2 — A admissão nas unidades de convalescença e nas unidades de média duração e reabilitação é solicitada, preferencialmente, pela equipa de gestão de altas na decorrência de diagnóstico da situação de dependência elaborado pela equipa que preparou a alta hospitalar.

3 — A admissão nas unidades de média duração e reabilitação é, ainda, determinada pela equipa coordenadora local.

4 — A admissão nas unidades de longa duração e manutenção e nas unidades de dia e de promoção da autonomia, é determinada pela equipa coordenadora local, na decorrência de diagnóstico de situação de dependência por elas efetuado.

5 — [Revogado].

6 — A admissão nas unidades de internamento depende, ainda, da impossibilidade de prestação de cuidados no domicílio e da não justificação de internamento em hospital de agudos.

7 — [Revogado].

8 — A admissão nas equipas prestadoras de cuidados continuados integrados é feita sob proposta dos médicos do centro de saúde correspondente, ou das equipas de gestão de altas dos hospitais de referência da zona.

9 — Quando se preveja a necessidade de cuidados de apoio social, a proposta é determinada pelo responsável social da equipa de coordenação local da referida área.

10 — As regras de referenciação na Rede e de admissão nas unidades e equipas são definidas por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e da segurança social.

Artigo 33.º**Mobilidade na Rede**

1 — Esgotado o prazo de internamento fixado e não atingidos os objetivos terapêuticos, deve o responsável da unidade ou equipa da Rede preparar a alta, tendo em vista o ingresso da pessoa na unidade ou equipa da Rede mais adequada, com vista a atingir a melhoria ou recuperação clínica, ganhos visíveis na autonomia ou bem-estar e na qualidade da vida.

2 — A preparação da alta, a que se refere o número anterior, deve ser iniciada com uma antecedência suficiente que permita a elaboração de informação clínica e social, que habilite a elaboração do plano individual de cuidados, bem como a sequencialidade da prestação de cuidados, aquando do ingresso noutra unidade ou equipa da Rede.

3 — A preparação da alta obriga a que seja dado conhecimento aos familiares, à instituição de origem e ao médico assistente da pessoa em situação de dependência.

CAPÍTULO VI**Organização****Artigo 34.º****Organização**

1 — As unidades da Rede são criadas por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde

e da segurança social, mediante proposta da coordenação nacional da Rede, a partir da adaptação ou reconversão de estruturas já existentes, ou a criar, e vocacionadas para dar resposta exclusiva a situações específicas de dependência.

2 — As unidades e equipas da Rede devem articular-se com as unidades de tratamento da dor e de paliativos criadas segundo as normas do Programa Nacional de Luta contra a Dor, do Plano Nacional de Saúde e da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos.

3 — Em função das necessidades, e com vista à racionalização e coordenação dos recursos locais, as unidades da Rede podem ser organizadas e combinadas de forma mista, desde que assegurem os espaços, equipamentos e outros recursos específicos de cada resposta, sem prejuízo da eficaz e eficiente prestação continuada e integrada de cuidados.

4 — As unidades e serviços da Rede, em função das necessidades, podem prestar ações paliativas, como parte da promoção do bem-estar dos utentes, nos termos do n.º 3 da Base XIV da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro.

5 — Os serviços da Rede, segundo as características e o volume de necessidades, podem diferenciar-se de acordo com diferentes patologias e organizar-se internamente segundo os graus de dependência das pessoas, designadamente para dar respostas específicas na área pediátrica e na área da saúde mental.

6 — Para além das unidades e equipas previstas no n.º 2 do artigo 2.º, os serviços da Rede podem também diferenciar-se para dar outras respostas específicas na área da saúde mental nomeadamente dirigidas a demências e deficiência mental.

Artigo 35.º**Instrumentos de utilização comum**

1 — A gestão da Rede assenta num sistema de informação a criar por diploma próprio.

2 — É obrigatória a existência, em cada unidade ou serviço, de um processo individual de cuidados continuados da pessoa em situação de dependência, do qual deve constar:

- a) O registo de admissão;
- b) As informações de alta;
- c) O diagnóstico das necessidades da pessoa em situação de dependência;
- d) O plano individual de intervenção;
- e) O registo de avaliação semanal e eventual aferição do plano individual de intervenção.

3 — O diagnóstico da situação de dependência constitui o suporte da definição dos planos individuais de intervenção, obedecendo a um instrumento único de avaliação da dependência, a definir por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e da segurança social, de aplicação obrigatória nas unidades de média duração e reabilitação, nas unidades de longa duração e manutenção e nas unidades de dia e de promoção da autonomia.

4 — Os instrumentos de utilização comum devem permitir a gestão uniforme dos diferentes níveis de coordenação da Rede.

Artigo 36.º

Entidades promotoras e gestoras

1 — As entidades promotoras e gestoras das unidades e equipas da Rede revestem uma das seguintes formas:

- a) Entidades públicas dotadas de autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- b) Instituições particulares de solidariedade social e equiparadas, ou que prossigam fins idênticos;
- c) Entidades privadas com fins lucrativos;
- d) Centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

2 — O disposto no número anterior não prejudica a gestão de instituições do Serviço Nacional de Saúde, no seu todo ou em parte, por outras entidades, públicas ou privadas, mediante contrato de gestão ou em regime de convenção por grupos de profissionais, nos termos do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, e de acordo com o disposto no Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto.

Artigo 37.º

Obrigações das entidades promotoras e gestoras

Constituem obrigações das entidades previstas no artigo anterior, perante as administrações regionais de saúde e os centros distritais de segurança social, as constantes do modelo de contratualização a aprovar, e ainda, designadamente:

- a) Prestar os cuidados e serviços definidos nos contratos para implementação e funcionamento das unidades e equipas da Rede;
- b) Facultar, às equipas coordenadoras da Rede, o acesso a todas as instalações das unidades e equipas, bem como às informações indispensáveis à avaliação e fiscalização do seu funcionamento;
- c) Remeter à equipa coordenadora regional da Rede, os mapas das pessoas em situação de dependência de forma anonimizada, por tipologia de resposta, o quadro de recursos humanos existentes nas unidades e equipas e o respetivo regulamento interno, para aprovação, até 30 dias antes da sua entrada em vigor;
- d) Comunicar à coordenação regional da Rede, com uma antecedência mínima de 90 dias, a cessação de atividade das unidades e equipas, sem prejuízo do tempo necessário ao encaminhamento e colocação das pessoas em situação de dependência.

CAPÍTULO VII

Qualidade e avaliação

Artigo 38.º

Promoção e garantia da qualidade

Os modelos de promoção e gestão da qualidade para aplicação obrigatória em cada uma das unidades e equipas da Rede são fixados por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e da segurança social.

Artigo 39.º

Avaliação

As unidades e equipas da Rede estão sujeitas a um processo periódico de avaliação que integra a autoavaliação anual e a avaliação externa, da iniciativa da coordenação regional, nos termos a regulamentar por portaria do(s) ministro(s) competente(s) em razão da matéria.

CAPÍTULO VIII

Recursos humanos

Artigo 40.º

Recursos humanos

1 — A política de recursos humanos para as unidades e equipas da Rede rege-se por padrões de qualidade, substanciada através de formação inicial e contínua.

2 — A prestação de cuidados paliativos obriga a formação específica.

3 — A prestação de cuidados nas unidades e equipas da Rede é garantida por equipas multidisciplinares com dotações adequadas à garantia de uma prestação de cuidados seguros e de qualidade nos termos a regulamentar.

4 — As unidades e equipas da Rede podem, ainda, contar com a colaboração de voluntários devidamente selecionados, formados e enquadrados como prestadores de cuidados informais.

CAPÍTULO IX

Instalações e funcionamento

Artigo 41.º

Condições de instalação

As condições e requisitos de construção e segurança das instalações e das pessoas relativas a acessos, circulação, instalações técnicas e equipamentos e tratamento de resíduos das unidades da Rede, bem como os relativos à construção de raiz e à remodelação e adaptação dos edifícios, são objeto de regulamentação por portaria do(s) ministro(s) competente(s) em razão da matéria.

Artigo 42.º

Condições de funcionamento

As condições e requisitos de funcionamento das unidades e equipas da Rede são objeto de regulamentação por portaria do(s) ministro(s) competente(s) em razão da matéria.

CAPÍTULO X

Fiscalização e licenciamento

Artigo 43.º

Fiscalização e licenciamento

O regime de fiscalização e licenciamento é estabelecido em diploma próprio.

Artigo 44.º

Publicidade dos atos

1 — Compete à Entidade Reguladora da Saúde promover a publicação, nos órgãos da imprensa de maior expansão na localidade da sede da unidade ou equipa da Rede, dos seguintes atos:

- a) Concessão, suspensão, substituição, cessação ou caducidade do alvará;
- b) Decisão do encerramento da unidade ou fim da atividade da equipa.

2 — A Entidade Reguladora da Saúde deve comunicar previamente às administrações regionais de saúde e aos centros distritais de segurança social das decisões previstas na alínea b) do número anterior, para efeitos do disposto no número seguinte.

3 — Em caso de encerramento de uma unidade ou fim de atividade de uma equipa, devem as administrações regionais de saúde e os centros distritais de segurança social promover a afixação de aviso, na porta principal de acesso à unidade ou à sede da equipa, que se mantém durante 30 dias, indicando a unidade ou equipa substitutiva.

Artigo 45.º

Adaptação dos estabelecimentos e serviços existentes

As unidades de apoio integrado criadas no âmbito do despacho conjunto n.º 407/98, de 15 de maio, bem como outros estabelecimentos e serviços idênticos que se encontrem em funcionamento à data da entrada em vigor do presente decreto-lei, ainda que detentores de alvará, serão progressivamente objeto de reconversão mediante prioridades estabelecidas, assegurando a continuidade da prestação de cuidados já existente.

CAPÍTULO XI

Financiamento da Rede

Artigo 46.º

Financiamento

O financiamento das unidades e equipas da Rede depende das condições de funcionamento das respostas, obedece ao princípio da diversificação das fontes de financiamento e da adequação seletiva mediante modelo de financiamento próprio, a aprovar por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da saúde e da segurança social.

Artigo 47.º

Modelo de financiamento

1 — Os encargos decorrentes do funcionamento das respostas da Rede são repartidos pelos setores da saúde e da segurança social em função da tipologia dos cuidados prestados, nos seguintes termos:

- a) As unidades de convalescença e as equipas de gestão de altas são integralmente da responsabilidade do Ministério da Saúde, sendo o financiamento das unidades públicas incluído no contrato-programa celebrado com o respetivo hospital, centro hospitalar ou unidade local de saúde;

- b) As unidades de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, as unidades de dia e as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados são da responsabilidade dos dois setores em função da natureza dos cuidados prestados;

- c) O financiamento de cada tipo de serviços é específico, com preços adequados e revistos periodicamente, nos termos a regulamentar, para assegurar a sustentabilidade e a prestação de cuidados de qualidade.

2 — O financiamento das diferentes unidades e equipas da Rede deve ser diferenciado através de um centro de custo próprio para cada tipo de serviço.

3 — Os encargos com a prestação das unidades e equipas de cuidados continuados de saúde fazem parte integrante dos orçamentos das respetivas administrações regionais de saúde e os encargos com a prestação do apoio social dos orçamentos dos respetivos organismos do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social.

4 — A utilização das unidades de internamento de média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e das unidades de dia e de promoção da autonomia e equipas de cuidados continuados da Rede é comparticipada pela pessoa em situação de dependência em função do seu rendimento ou do seu agregado familiar.

CAPÍTULO XII

Disposições transitórias e finais

Artigo 48.º

Aplicação progressiva

1 — A Rede é implementada progressivamente e concretiza-se, no primeiro ano da entrada em vigor do presente decreto-lei, através de experiências piloto.

2 — A identificação e caracterização das unidades que integram a Rede são definidas por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e da segurança social.

Artigo 49.º

Norma transitória

O despacho conjunto n.º 407/98, de 15 de maio, mantém-se em vigor no que se refere às respostas dirigidas às pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico e, transitoriamente, no que respeita às unidades de apoio integrado e apoio domiciliário integrado, até à sua substituição nos termos do artigo anterior.

Artigo 50.º

Norma revogatória

São revogados:

- a) A Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/2002, de 22 de março;
- b) O Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de novembro.

Artigo 51.º

Entrada em vigor

O presente decreto-lei entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

