

**S.R. DA SOLIDARIEDADE SOCIAL, S.R. DA SAÚDE**  
**Portaria n.º 37/2015 de 31 de Março de 2015**

O Decreto Legislativo Regional n.º 16/2008/A, de 12 de junho, que procedeu à criação da Rede de cuidados continuados integrados da Região Autónoma dos Açores, determina que as condições e requisitos de funcionamento das unidades e equipas da rede sejam regulamentados por portaria dos membros do Governo competentes em razão da matéria em causa.

Assim, ao abrigo do artigo 36.º do Decreto Legislativo Regional n.º 16/2008/A, de 12 de junho, manda o Governo Regional, pela Secretária Regional da Solidariedade Social e pelo Secretário Regional da Saúde, o seguinte:

**Artigo 1.º**

**Objeto**

A presente portaria estabelece os requisitos relativos ao funcionamento das unidades de Internamento e equipas de apoio integrado domiciliário que integram a Rede Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma dos Açores, adiante designada por rede.

**Artigo 2.º**

**Direitos do utente**

Sem prejuízo do disposto no artigo 6.º do Decreto Legislativo Regional n.º 16/2008/A, de 12 de junho, o funcionamento das unidades e equipas da rede, 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 3.º

##### **Condições gerais de funcionamento das unidades de internamento**

1- As unidades de internamento, em função da respetiva tipologia, devem proporcionar ao utente:

- a) A prestação dos cuidados de saúde, de reabilitação, de manutenção e de apoio psicossocial adequados;
- b) Uma alimentação adequada ao seu estado de saúde, incluindo dietas especiais em caso de prescrição médica;
- c) Utilização adequada dos fármacos;
- d) Prestação de cuidados de higiene;
- e) A convivência social, promovendo o relacionamento entre os utentes, e destes com os seus familiares e amigos, bem como com os profissionais da unidade, no respeito pela sua vontade e interesses;
- f) A participação, sempre que possível, dos familiares ou representante legal no apoio ao utente, desde que este apoio contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psicoafetivo deste;
- g) Um ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor de autonomia;
- h) Atividades de convívio e lazer.

2 - 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 4.º

##### **Unidades de rede**

O perfil das unidades de rede é o constante do anexo I da presente portaria que dela faz parte integrante.

#### Artigo 5.º

##### **Funcionamento das equipas de gestão de altas**

1 - A equipa de gestão de altas (EGA) é uma equipa hospitalar multidisciplinar, sediada em hospital da Região que referencia utentes para as unidades e equipas da rede.

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 da Região deve existir uma EGA.

#### Artigo 6.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 número um são equipas da rede, da responsabilidade das unidades de saúde do Serviço Regional de Saúde.

4 - 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) Prestação de apoio psicoemocional;
- c) Consulta multidisciplinar e acompanhamento assistencial de natureza paliativa;
- d) Apoio no desempenho das atividades básicas e instrumentais da vida diária;
- e) Promoção de um ambiente seguro, confortável, humanizado e promotor de autonomia;

#### Artigo 7.º

#### **Regulamento interno**

1 - As unidades devem dispor de um regulamento interno, de funcionamento, que deve, obrigatoriamente, conter os seguintes elementos:

- a) Direção técnica, direção clínica e mapa de pessoal;
- b) Condições e procedimentos de admissão, mobilidade e alta dos utentes;
- c) Condições de manutenção de lugar, na sequência de episódios agudos de doença;
- d) Direitos e deveres dos utentes, dos seus cuidadores informais e ou representante legal;
- e) Serviços e cuidados disponíveis;
- f) Horários de funcionamento, designadamente horário das refeições;
- g) Elementos relativos às instalações e equipamentos e materiais disponíveis;
- h) Demais regras de funcionamento da unidade.

2 - O regulamento interno carece de parecer por parte da coordenação regional da rede no prazo de 30 dias úteis e é aprovado pelo órgão executivo da unidade da rede.

3 - Deve ser facultado ao utente, no ato de admissão, um exemplar do regulamento interno e, se for caso disso, ao representante legal e ao cuidador informal principal.

#### Artigo 8.º

#### **Processo individual do utente**

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

- a) Identificação do utente;
- b) Data de admissão;
- c) Identificação e contacto do médico assistente da unidade;

- d) Identificação e contactos dos familiares, cuidadores informais e representante legal quando exista;
- e) Cópia do Consentimento Informado e do Termo de Aceitação, quando aplicável;
- f) Plano individual de intervenção;
- g) Registos relativos à evolução do estado de saúde do utente no âmbito dos respetivos planos individuais de cuidados;
- i) 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 9.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 rede e respetiva tipologia, em conformidade com as regras definidas pelos organismos competentes.

#### Artigo 10.º

##### **Documentação**

1- As unidades devem dispor em arquivo da seguinte documentação:

- a) Cópia autenticada do cartão de identificação de pessoa coletiva ou, no caso de pessoa singular, do bilhete de identidade do requerente e do respetivo cartão de contribuinte ou, em alternativa, do cartão de cidadão;
- b) Relação nominal do pessoal e respetivo mapa com a distribuição pelos diferentes grupos profissionais;
- c) Levantamento atualizado de arquitetura;

d) Autorização de utilização para comércio ou serviços ou indústria ou outra finalidade mais específica emitida pela câmara municipal competente;

e) Certidão atualizada do registo comercial.

2- Adicionalmente, se aplicável, as unidades devem dispor ainda em arquivo da seguinte documentação:

a) Cópia do contrato com entidade certificada para o fornecimento de artigos esterilizados;

b) Cópia do termo de responsabilidade pela exploração das instalações elétricas;

c) Certificado ou licença de exploração das instalações elétricas (dispensável quando tiver autorização de utilização atualizada);

d) Certificado de inspeção das instalações de gás;

e) Cópia do contrato com entidade certificada para a gestão de resíduos hospitalares.

Artigo 11.º

### **Recursos Humanos**

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

Artigo 12.º

### **Recursos humanos das unidades de rede**

1 - De forma a assegurar níveis adequados de qualidade na prestação de cuidados, as unidades da rede podem seguir, consoante as suas dimensões, as recomendações mencionadas no anexo II 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 13.º

### **Direção técnica das unidades**

Ao Diretor Técnico compete designadamente:

a) Definir um modelo de gestão integrada de cuidados a submeter à aprovação do órgão executivo da unidade da rede;

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.

Artigo 14.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 por despacho dos membros do Governo Regional competentes em matéria de segurança social e de saúde, sob proposta do conselho de administração do hospital, e exercem as suas funções, preferencialmente, em regime de tempo completo, em espaço próprio e equipado para o efeito.

#### Artigo 15.º

### **Recursos humanos das equipas domiciliárias**

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

2 - Os profissionais referidos no número anterior são nomeados pelo órgão executivo das unidades da rede e a sua composição e dimensão deve ter em conta as características sócio demográficas, epidemiológicas e geográficas da área onde está inserida.

#### Artigo 16.º

### **Formação dos profissionais**

1 - Cabe às unidades da rede, no início de cada ano, o desenvolvimento do plano anual de formação, tendo como referência o levantamento de necessidades e as orientações da coordenação regional da rede.

2 - As unidades da rede devem garantir a participação dos seus profissionais em ações de formação, no âmbito das orientações e objetivos gerais da rede, bem como em ações promovidas por outras entidades, desde que correspondam aos objetivos da rede e contribuam para sua formação contínua.

3 - A coordenação regional da rede pode, sempre que entenda necessário, solicitar aos órgãos executivos das unidades e equipas os comprovativos da formação realizada.

#### Artigo 17.º

### **Referenciação para unidades e equipas**

1 - Sem prejuízo do disposto no artigo 27.º do Decreto Legislativo Regional n.º 16/2008/A, de 12 de junho, para as unidades e equipas da rede 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 geriátricos, 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 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 estomas;

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.

b) Para unidade de longa duração e manutenção, a situação de dependência que num 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.

c) Para unidade de cuidados paliativos, doente em situação de dependência, portador de doença grave e/ou avançada, ou em fase terminal oncológica ou não, sem resposta favorável à terapêutica dirigida à patologia de base.

d) 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 infetado, cujo regime terapêutico incluía 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 18.º

### **Processo de referenciação**

1 - A referenciação de doentes internados em hospital integrado no SRS, para a rede, 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 das unidades de saúde, ou de outras entidades, nomeadamente as previstas na alínea c) do n.º 2 do artigo 27.º do Decreto Legislativo Regional n.º 16/2008/A, de 12 de junho, para a coordenação local por ilha.

3 - A referenciação para a rede ocorre na sequência de diagnóstico da situação de dependência, mediante avaliação médica, de enfermagem e social realizada pela EGA do hospital integrado no SRS ou pelos profissionais da área da saúde e ou social das unidades de saúde sujeita a validação pela equipa de coordenação local por ilha correspondente, de acordo com os formulários e processos de registo definidos pelos organismos competentes.

4 - Após a referenciação, a equipa de coordenação local por ilha avalia e valida a proposta de referenciação e tipologia adequada às necessidades do utente, no prazo máximo de 72 horas.

5 - A referenciação de doentes, internados no hospital integrado no SRS para cuidados continuados integrados, feita pela EGA à coordenação local por ilha 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 rede, 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 19.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 dos profissionais da área da saúde e ou social das unidades de saúde, de acordo com o referido no artigo 18.º

2 - A coordenação local por ilha determina a admissão do utente em unidade ou equipa da rede, preferencialmente, de acordo com a unidade indicada pelo utente, na medida dos recursos, bem como das vagas existentes.

3 - A unidade ou equipa da rede deve efetivar a admissão do utente no prazo de 48 horas ou solicitar a reavaliação à equipa coordenação regional da rede.

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, carece ainda da assinatura do termo de aceitação das situações de participação do utente, no momento da admissão, em conformidade com a legislação aplicável.

6 - A equipa de coordenação local por ilha deve assegurar a atualização de toda a informação relativa ao utente que consta do processo de referenciação.

## Artigo 20.º

### **Continuidade da prestação de cuidados**

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

## Artigo 21.º

### **Procedimentos de prorrogação, mobilidade e alta**

1 - Sempre que esgotados os prazos de internamento fixados no artigo 17.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 rede, que submete a autorização da equipa de coordenação regional.

3 - A coordenação local por ilha assegura, sob prévia autorização da equipa de coordenação regional, sempre que excedido o período de internamento máximo previsto 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/transferência do utente, deve a unidade ou equipa elaborar proposta fundamentada à coordenação local por ilha 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 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 à coordenação local por ilha, da área da unidade, articular-se com a coordenação regional da rede, com vista à observância do critério de proximidade.

7 - Os utentes internados em unidade, quando agudizam e carecem de cuidados em hospital integrado no SRS, por período temporal superior a 12 dias, beneficiam de prioridade na readmissão na rede.

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 a coordenação local por ilha da área do domicílio do utente a quem cabe a responsabilidade de todas as diligências.

#### Artigo 22.º

### **Monitorização, avaliação e auditorias**

1- O funcionamento e a qualidade dos cuidados e serviços prestados, os processos realizados e os resultados obtidos, bem como a eficácia da articulação de cada unidade com outros recursos de saúde e ou sociais, existentes na respetiva área de implantação, estão sujeitos a uma avaliação periódica de iniciativa da coordenação regional da rede, de acordo com os modelos de monitorização e avaliação definido por despacho dos membros do Governo Regional competentes em matéria da saúde e segurança social, 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 serviços das Secretarias Regionais competentes em razão da matéria em causa, que para o efeito poderão também recorrer a serviços externos.

3- As unidades devem facultar o acesso às instalações e à documentação tida por pertinente pelas equipas auditoras.

#### Artigo 23.º

### **Entrada em vigor**

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

Secretarias Regionais da Solidariedade Social e da Saúde.

Assinada em 25 de março de 2015.

A Secretária Regional da Solidariedade Social, *Andreia Martins Cardoso da Costa*. - O Secretário Regional da Saúde, *Luís Mendes Cabral*.

### **ANEXO I**

#### **Perfil de serviços e coordenação técnica das unidades de internamento e equipas de cuidados continuados**

<b>Unidades de Internamento</b>	<b>Perfil de serviços</b>
<b>Unidades de Cuidados Paliativos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cuidados de enfermagem permanentes;</li><li>- Cuidados médicos diários;</li><li>- Exames complementares de diagnóstico;</li><li>- Prescrição e administração de fármacos;</li><li>- Cuidados de fisioterapia;</li><li>- Higiene, conforto e alimentação;</li><li>- Convívio e lazer;</li><li>- Consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades;</li></ul> <p>- É gerida por um profissional da área da saúde. A coordenação técnica e funcional das unidades e das equipas de cuidados paliativos é assegurada por médicos e ou enfermeiros especialistas preferencialmente em enfermagem de reabilitação, saúde mental ou médico-cirúrgica, com formação avançada e experiência reconhecida em cuidados paliativos.</p>

<p><b>Unidade de Média Duração e Reabilitação</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados de enfermagem permanentes</li> <li>- Cuidados médicos diários</li> <li>- Prescrição e administração de fármacos</li> <li>- Cuidados de fisioterapia</li> <li>- Cuidados de terapia ocupacional</li> <li>- Apoio psicossocial</li> <li>- Higiene, conforto e alimentação</li> <li>- Apoio psicossocial</li> <li>- Higiene, conforto e alimentação</li> <li>- Convívio e lazer</li> </ul> <p>- É gerida por um profissional da área da saúde. A coordenação técnica e funcional das unidades de cuidados continuados é assegurada por médicos e ou enfermeiros especialistas preferencialmente em enfermagem de reabilitação, com formação avançada e experiência reconhecida em cuidados continuados e cuidados paliativos.</p>
<p><b>Unidade de Longa Duração e manutenção</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados de enfermagem permanentes</li> <li>- Cuidados médicos regulares</li> <li>- Prescrição e administração de fármacos</li> <li>- Cuidados de fisioterapia</li> <li>- Controlo fisiátrico periódico</li> <li>- Cuidados de terapia ocupacional</li> <li>- Apoio psicossocial</li> <li>- Higiene, conforto e alimentação</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Convívio e lazer</li> <li>- Atividades de manutenção e de estimulação</li> <li>- Animação sociocultural</li> <li>- Apoio no desempenho de atividades da vida diária</li> <li>- Apoio no desempenho de atividades instrumentais da vida diária</li> </ul> <p>- É gerida por um profissional da área da saúde. A coordenação técnica e funcional das unidades e de cuidados continuados é assegurada por médicos ou enfermeiros especialistas preferencialmente em enfermagem de reabilitação com formação avançada e experiência reconhecida em cuidados continuados e cuidados paliativos.</p>
<p><b>Equipas</b></p>	<p><b>Perfil de serviços</b></p>
<p><b>Equipa de gestão de Altas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Articulação com as equipas terapêuticas hospitalares de agudos</li> <li>-Articulação com as equipas de coordenação regional e equipa de coordenação local por ilha</li> <li>-Articulação com as equipas de apoio domiciliário dos centros de saúde</li> <li>- É coordenada por um profissional da área de saúde</li> </ul>

<p><b>Equipa de Apoio Integrado Domiciliário</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cuidados de fisioterapia</li> <li>-Apoio no desempenho das atividades da vida diária</li> <li>-Apoio no desempenho das atividades instrumentais da vida diária</li> <li>-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</li> <li>- Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados</li> <li>- Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores</li> <li>- Apoio e satisfação das necessidades básicas</li> <li>-Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.</li> <li>- A coordenação técnica e funcional é assegurada por enfermeiros especialistas preferencialmente especialista em enfermagem de reabilitação ou saúde mental com formação avançada e experiência reconhecida em cuidados continuados e cuidados paliativos.</li> </ul>
<p><b>Equipa Hospitalar de Suporte em cuidados paliativos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados médicos e de enfermagem continuados;</li> <li>- Cuidados de fisioterapia;</li> <li>- Consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades;</li> <li>- Acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual;</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Formação em cuidados paliativos, dirigida às equipas terapêuticas do hospital e aos profissionais que prestam cuidados continuados;</li> <li>- Tratamentos paliativos complexos;</li> <li>- Consulta de acompanhamento de doentes internados;</li> <li>- Assessoria aos profissionais dos serviços hospitalares;</li> <li>- Apoio psicoemocional ao doente e familiares incluindo o período de luto.</li> <li>- É gerida por um profissional da área de saúde. A coordenação técnica e funcional das unidades e das equipas de cuidados paliativos é assegurada por médicos e ou enfermeiros especialistas com formação avançada e experiência reconhecida em cuidados paliativos.</li> </ul>

<p><b>Equipas Comunitárias de Suporte em CP</b></p>	<p>- Formação em cuidados paliativos, dirigida às equipas de saúde do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários;</p> <p>- Avaliação integral do doente;</p> <p>- Tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos;</p> <p>- Gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais;</p> <p>- Assessoria e apoio às equipas de cuidados continuados domiciliários;</p> <p>- Assessoria e apoio às equipas de saúde dos internamentos dos CS, das unidades de internamento de cuidados continuados e dos lares;</p> <p>- Assessoria aos familiares e ou cuidadores.</p> <p>- É gerida por um profissional da área de saúde. A coordenação técnica e funcional é assegurada por médicos ou enfermeiros especialistas preferencialmente reabilitação, saúde mental ou médico-cirúrgica, com formação avançada e experiência reconhecida em cuidados paliativos.</p>
---	--

ANEXO II

Recursos humanos

Perfil Profissional	Unidade de média Duração e Reabilitação(a)	Unidade de Longa Duração e Manutenção(a)	Frequência
	Horas semanais (b)		
Médico (inclui Médico Fisiatra)	30	20	Presença diária (c)
Psicólogo	20	20	Presença ao longo da semana
Enfermeiro (inclui Coordenador e Enfermeiro de Reabilitação)	360	240	Presença permanente
Fisioterapeuta	80	20	Presença diária
Assistente Social (d)	40	40	Presença ao longo da semana
Terapeuta da Fala	8	0	Presença ao longo da semana
Animador Sociocultural (d)	20	40	Presença ao longo da semana
Nutricionista	5	4	Presença ao longo da semana
Terapeuta Ocupacional (d)	40	20	Presença ao longo da semana
Pessoal Auxiliar	480	320	Presença permanente

(a) Considera a lotação de 30 camas.

(b) As horas semanais correspondem ao mínimo recomendado de horas contratadas por grupo profissional, sendo possível a flexibilidade das equipas no caso de existir mais do que uma tipologia na mesma instalação.

(c) Nas Unidades de Longa Duração e Manutenção, deve considerar-se a presença de médico ao longo da semana.

(d) Com formação na área ou equivalente que garanta o desempenho das funções prevista na presente portaria.