
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 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 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 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 18.º

Processo de referência

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 comparticipação 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

Unidades de Internamento	Perfil de serviços
Unidades de Cuidados Paliativos	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de enfermagem permanentes; - Cuidados médicos diários; - Exames complementares de diagnóstico; - Prescrição e administração de fármacos; - Cuidados de fisioterapia; - Higiene, conforto e alimentação; - Convívio e lazer; - Consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades; <p style="text-align: center;">- 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>
Unidade de Média Duração e Reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de enfermagem permanentes - Cuidados médicos diários - Prescrição e administração de fármacos - Cuidados de fisioterapia - Cuidados de terapia ocupacional - Apoio psicossocial - Higiene, conforto e alimentação - Apoio psicossocial - Higiene, conforto e alimentação - Convívio e lazer <p style="text-align: center;">- 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>
Unidade de Longa Duração e manutenção	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de enfermagem permanentes - Cuidados médicos regulares - Prescrição e administração de fármacos - Cuidados de fisioterapia - Controlo fisiátrico periódico - Cuidados de terapia ocupacional - Apoio psicossocial - Higiene, conforto e alimentação

	<ul style="list-style-type: none"> - Convívio e lazer - Atividades de manutenção e de estimulação - Animação sociocultural - Apoio no desempenho de atividades da vida diária - Apoio no desempenho de atividades instrumentais da vida diária - 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.
--	---

Equipas	Perfil de serviços
Equipa de gestão de Altas	<ul style="list-style-type: none"> -Articulação com as equipas terapêuticas hospitalares de agudos -Articulação com as equipas de coordenação regional e equipa de coordenação local por ilha -Articulação com as equipas de apoio domiciliário dos centros de saúde - É coordenada por um profissional da área de saúde

Equipa de Apoio Integrado Domiciliário	<ul style="list-style-type: none"> -Cuidados de fisioterapia -Apoio no desempenho das atividades da vida diária -Apoio no desempenho das atividades instrumentais da vida diária -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 - Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados - Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores - Apoio e satisfação das necessidades básicas -Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais. - 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.
---	---

Equipa Hospitalar de Suporte em cuidados paliativos	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados médicos e de enfermagem continuados; - Cuidados de fisioterapia; - Consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades; - Acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual;
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> -Formação em cuidados paliativos, dirigida às equipas terapêuticas do hospital e aos profissionais que prestam cuidados continuados; - Tratamentos paliativos complexos; - Consulta de acompanhamento de doentes internados; - Assessoria aos profissionais dos serviços hospitalares; - Apoio psicoemocional ao doente e familiares incluindo o período de luto. - 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.
<p>Equipas Comunitárias de Suporte em CP</p>	<p>especialistas com formação avançada e experiência reconhecida em cuidados paliativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formação em cuidados paliativos, dirigida às equipas de saúde do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários; - Avaliação integral do doente; - Tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos; - Gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais; - Assessoria e apoio às equipas de cuidados continuados domiciliários; -Assessoria e apoio às equipas de saúde dos internamentos dos CS, das unidades de internamento de cuidados continuados e dos lares; - Assessoria aos familiares e ou cuidadores. - 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.

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.