ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

Decreto Legislativo Regional n.º 16/2008/A de 12 de Junho de 2008

Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma dos Açores

Nos Açores, à semelhança do que sucede no todo nacional, a diminuição da natalidade, aliada ao progressivo envelhecimento da população, consequência do prolongamento da esperança de vida, colocam novos desafios no âmbito da saúde e apoio social às populações, conduzindo inevitavelmente à necessidade de novas respostas integradas, que combinem os sectores da saúde e segurança social.

Por outro lado, observa-se também um incremento, principalmente ao nível da população idosa, de patologias crónicas múltiplas ou de dependência funcional, que requerem soluções adequadas e eficazes na prestação e continuidade dos cuidados de saúde e segurança social e que permitam a manutenção e recuperação das funcionalidades, com o objectivo último de recuperação global e auto-suficiência dos utentes.

Pretende-se desta forma garantir a coordenação das áreas de saúde e acção social, potenciadoras de soluções enquadradas nas respectivas prestações típicas e adequadas às necessidades das pessoas idosas, das pessoas com perda de funcionalidade e dos doentes terminais.

A experiência colhida na Região, com o funcionamento dos três centros de cuidados continuados já existentes, a operar no âmbito das Santas Casas da Misericórdia, permitiu não só constatar a procura crescente deste tipo de cuidados, como também demonstrar a virtualidade e os ganhos resultantes da implementação de uma rede regional de cuidados continuados, assente num modelo integrado de prestação de cuidados de saúde e apoio social.

Assim, nos termos da alínea *a*) do n.º 1 do artigo 227.º da Constituição da República e da alínea *c*) do n.º 1 do artigo 31.º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores, a Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores decreta o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objecto

É criada a rede de cuidados continuados integrados da Região Autónoma dos Açores, adiante designada por rede, a qual constitui parte integrante do sistema regional de saúde e do sistema de protecção social.

Artigo 2.º

Estrutura da rede

A rede constitui-se como um conjunto integrado de intervenções nas áreas da saúde e segurança social, promovendo a autonomia dos utentes através da prestação integrada de cuidados de saúde e apoio social, mediante um conjunto de respostas que, articulando diferentes linhas e modalidades de intervenção, contribuem para a melhoria do acesso das pessoas com perda de funcionalidade a cuidados técnica e humanamente adequados.

Artigo 3.º

Definições

Para efeitos do presente diploma, entende-se por:

a) «Cuidados continuados integrados» o conjunto de intervenções de saúde e ou de apoio social sequenciais e coordenadas, baseadas numa avaliação conjunta, centrada na recuperação global 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;

b) «Cuidados paliativos» os cuidados activos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença severa e ou incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objectivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida;

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

d) «Continuidade dos cuidados» a sucessão no tempo e no contexto da rede das intervenções integradas do âmbito da 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) «Mobilidade na rede» a transição do utente entre os vários níveis de cuidados continuados que compõem a rede;

g) «Multidisciplinaridade» a complementaridade de actuação entre diferentes especialidades profissionais;

h) «Interdisciplinaridade» a definição e assunção de objectivos comuns, orientadores das actuações entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados;

i) «Dependência» a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, aliada ou não à falta ou escassez de apoio, designadamente familiar ou de outra natureza, não consegue por si só realizar as actividades da vida diária;

j) «Funcionalidade» a capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência para se relacionar com o meio envolvente e para interagir socialmente;

l) «Doença crónica» a patologia de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspectos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afecta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com potencial de correcção ou compensação que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afectada;

m) «Processo individual de cuidados continuados» o conjunto de informação respeitante à pessoa em situação de dependência que recebe cuidados continuados integrados;

n) «Plano individual de intervenção» o conjunto de etapas e objectivos a atingir face às necessidades identificadas e das intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspectos clínicos como sociais;

o) «Domicílio» a residência particular, o estabelecimento ou instituição onde habitualmente reside a pessoa em situação de dependência;

p) «Utentes» são os cidadãos de qualquer grupo etário com domicílio na Região Autónoma dos Açores 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 necessitam de cuidados interdisciplinares de saúde e apoio social;

q) «Consentimento informado» o direito do paciente, assente na protecção da autodeterminação e defesa da integridade física e moral da pessoa humana, a ser informado sobre determinado tratamento para de forma livre e esclarecida consentir ou recusar o mesmo;

r) «Equipas prestadoras» a prestação de cuidados continuados integrados é assegurada pelas equipas prestadoras constituídas por profissionais oriundos dos serviços e instituições que integram a rede.

Artigo 4.º

Objectivos da rede

Constituem objectivos da rede, designadamente:

a) Prestar cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência;

b) Tratar, de forma integral e global, as pessoas em risco, em situação de dependência ou terminal, privilegiando a manutenção das mesmas junto do respectivo núcleo familiar, sempre que não necessitem de cuidados de saúde diferenciados;

c) Recuperar as incapacidades geradas pela evolução de doenças crónicas ou acidentes, através da reabilitação e prestação de cuidados, preferencialmente na residência particular, com respeito pela plena participação do próprio e da respectiva família, bem como a privacidade individual e familiar, as capacidades individuais remanescentes, as competências familiares e ainda os seus interesses e aspirações;

d) Prevenir a dependência da pessoa em risco de perda de autonomia, através de um plano individual de intervenção orientado para a reabilitação global;

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

f) Contribuir para o bem-estar físico e psíquico e dignidade de todos os utentes da rede;

g) Apoiar os familiares ou prestadores informais na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados;

h) Assegurar a articulação e coordenação em rede dos cuidados, mormente através de adopção de modelos de gestão que favoreçam a optimização dos recursos existentes em cada área ou nível de intervenção;

i) Criar e implementar sistemas de informação que permitam a quantificação de ganhos em saúde e apoio social decorrentes da criação da rede;

j) Promover a progressiva cobertura de serviços e equipamentos a nível regional e colmatar as necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e cuidados paliativos;

l) Estabelecer um sistema de qualidade entendido como o conjunto de instrumentos e de procedimentos de acompanhamento e de avaliação da qualidade dos serviços prestados aos utentes pelos diferentes intervenientes e em função dos objectivos definidos.

CAPÍTULO II

Princípios e direitos

Artigo 5.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 defesa da dignidade, humanidade, integridade física e moral, identidade e privacidade do utente;

c) A continuidade dos cuidados entre as diversas unidades que compõem a rede;

d) A prossecução da recuperação global;

e) A multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados prestados;

f) A proximidade dos cuidados, como forma privilegiada de manter o utente, sempre que possível, no seu ambiente familiar e comunitário;

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

h) A definição de planos individuais de intervenção que estabeleçam objectivos comuns orientadores dos cuidados a prestar ao utente;

i) A participação do utente e da respectiva família e ou do representante legal na elaboração do respectivo plano individual de intervenção.

Artigo 6.º

Direitos

A rede assenta na garantia à pessoa em situação de dependência dos seguintes direitos:

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 efectuadas.

CAPÍTULO III

Composição, modelo e coordenação da rede

Artigo 7.º

Composição da rede

1 - A rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados continuados com acções paliativas, abrangendo as unidades de saúde e os serviços locais de acção social.

2 - Podem ainda integrar a rede as instituições particulares de solidariedade social, misericórdias, pessoas colectivas de utilidade pública e entidades privadas que prestem serviços de cuidados continuados de saúde e de apoio social, que contratem a prestação desses serviços com as entidades competentes em matéria de saúde e de segurança social.

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, designadamente, 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 da rede.

3 - A prestação dos cuidados é garantida por equipas prestadoras, 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

Coordenação da rede

1 - A coordenação da rede processa-se a nível regional e a nível local por ilha.

2 - A coordenação da rede a nível regional é assegurada por um representante da direcção regional competente em matéria de saúde, um representante da direcção regional competente em matéria de segurança social e um profissional de reconhecido mérito na área da geriatria, nos termos a definir por despacho do membro do Governo Regional competente em matéria de saúde e de segurança social.

3 - A coordenação local por ilha é composta por uma equipa alargada e uma restrita.

4 - A equipa alargada tem as competências previstas nas alíneas *g*) a *n*) do artigo 11.º, sendo constituída pelos seguintes elementos:

a) Um representante do hospital E. P. E., da respectiva área de influência, preferencialmente médico;

b) Um representante da unidade de saúde de ilha ou de cada um dos centros de saúde da respectiva ilha;

c) Um representante dos serviços locais de acção social;

d) Um representante designado pelas entidades mencionadas no n.º 2 do artigo 7.º, nos termos a definir no protocolo de adesão à rede.

5 - A equipa restrita tem as competências previstas nas alíneas *a*) a *f*) do artigo 11.º, sendo constituída, exclusivamente, pelos elementos indicados nas alíneas *c*) e *d*) do número anterior e pelo da alínea *b*) da respectiva área de influência.

6 - Em caso de empate tem voto de qualidade o representante do hospital E. P. E.

7 - A coordenação local por ilha, nos termos dos números anteriores, é definida por despacho do membro do Governo competente em matéria de saúde e de segurança social.

8 - A coordenação da rede aos níveis regional e local de ilha deve promover a articulação com os parceiros que a integram, bem como com outras entidades que considerem pertinentes para o exercício das suas competências.

Artigo 10.º

Competências a nível da coordenação regional

A equipa de coordenação regional articula-se com as equipas de coordenação local por ilha e assegura o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da rede, competindo-lhe, designadamente:

a) Assegurar o funcionamento adequado da rede, promovendo para o efeito a articulação necessária das várias equipas de coordenação local;

b) 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 em cada nível da rede;

c) Consolidar as propostas de respostas necessárias e os planos de acção anuais para o desenvolvimento da rede, a sua adequação periódica às necessidades e submetê-los à

aprovação do membro do Governo competente em matéria da saúde e de segurança social;

d) Orientar e verificar a consolidação dos planos orçamentados de acção anuais e respectivos relatórios de execução;

e) Propor ao membro do Governo competente em matéria de saúde e segurança social a adopção das medidas normativas necessárias à prossecução dos objectivos da rede;

f) Propor a celebração de acordos, convenções ou protocolos com entidades públicas ou privadas ao abrigo da legislação em vigor, tendo por objectivo a prestação de cuidados continuados de saúde e apoio social aos utentes da rede, submetendo-os à aprovação do membro do Governo competente em matéria da saúde e de segurança social;

g) Incentivar e promover a formação específica e permanente dos diversos profissionais envolvidos na prestação dos cuidados continuados integrados, bem como a formação de cuidadores informais;

h) Propor a exclusão da rede, ao membro do Governo competente em matéria da saúde e de segurança social, das entidades públicas ou privadas que não cumpram os requisitos previstos no presente diploma, na demais legislação aplicável ou nos acordos, convenções 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 correctivas consideradas convenientes para o bom funcionamento das mesmas;

j) Gerir o sistema de informação que suporta a gestão da rede;

l) 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 da coordenação local por ilha

As equipas de coordenação local por ilha articulam-se com a coordenação regional, asseguram o acompanhamento e a avaliação da rede a nível local, bem como a operacionalização dos recursos e actividades, no seu âmbito de referência, competindo-lhes, nomeadamente:

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;

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) Acompanhar a programação da alta hospitalar, identificando a necessidade de cuidados continuados integrados dos utentes, encaminhando-os para o respectivo nível da rede;

g) Manter actualizada a informação relativa ao número e características dos utentes, serviços e estabelecimentos existentes no âmbito da respectiva área de actuação;

h) Assegurar a divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, o número e a localização das respostas existentes na respectiva área de actuação;

i) Manter os restantes níveis de coordenação informados sobre o acesso e o movimento na respectiva área de actuação;

j) Identificar as necessidades e propor à coordenação regional acções para a cobertura das mesmas;

l) Elaborar os planos de acção e respectivos relatórios de execução e submetê-los à coordenação regional;

m) Apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos e a utilização dos recursos das unidades e equipas da rede;

n) Propor o estabelecimento de parcerias para a prestação de cuidados continuados na respectiva área de influência;

o) Manter actualizado o sistema de informação que suporta a gestão da rede.

CAPÍTULO IV

Tipologia da rede

Artigo 12.º

Tipo de serviços

1 - A prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por:

a) Unidades de internamento;

b) Equipas hospitalares;

c) Equipas domiciliárias.

2 - Constituem unidades de internamento as:

a) Unidades de média duração e reabilitação;

b) Unidades de longa duração e manutenção;

c) Unidades de cuidados paliativos.

3 - São equipas hospitalares as:

a) Equipas de gestão de altas;

b) Equipas hospitalares de suporte em cuidados paliativos.

4 - São equipas domiciliárias as:

a) Equipas de apoio integrado domiciliário;

b) Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.

SECÇÃO I

Unidades de internamento

Artigo 13.º

Unidade de média duração e reabilitação

1 - A unidade de média duração e reabilitação, adiante designada por UMDR, é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital E. P. E. para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de doença 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 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 longa duração e manutenção ou outras que venham a ser criadas.

5 - A unidade de média duração e reabilitação pode particularizar-se na prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e sociais a pessoas com patologias específicas.

6 - A unidade de média duração e reabilitação pode proporcionar o internamento, por período inferior ao previsto no n.º 3, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até um máximo de 90 dias por ano.

Artigo 14.º

Serviços da UMDR

A unidade de média duração e reabilitação é gerida por um técnico da área de saúde, preferencialmente médico ou da área psicossocial e assegura, designadamente:

a) Cuidados médicos diários;

b) Cuidados de enfermagem permanentes;

c) Cuidados de fisioterapia, de terapia da fala e de terapia ocupacional;

d) Prescrição e administração de fármacos;

e) Apoio psicossocial;

f) Higiene, conforto e alimentação;

g) Convívio e lazer.

Artigo 15.º

Unidade de longa duração e manutenção

1 - A unidade de longa duração e manutenção, adiante designada por ULDM, é uma unidade de internamento, de carácter 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 16.º

Serviços da ULDM

A unidade de longa duração e manutenção é gerida por um técnico da área de saúde, preferencialmente médico, ou da área psicossocial e assegura, designadamente:

a) Actividades 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, de terapia da fala e de terapia ocupacional;

h) Animação sócio-cultural;

i) Higiene, conforto e alimentação;

j) Apoio no desempenho das actividades da vida diária;

l) Apoio nas actividades instrumentais da vida diária.

Artigo 17.º

Unidade de cuidados paliativos

1 - A unidade de cuidados paliativos, adiante designada por UCP, é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferencialmente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva.

2 - As unidades referidas no número anterior podem diferenciar-se segundo as diferentes patologias dos doentes internados.

Artigo 18.º

Serviços da UCP

A unidade de cuidados paliativos é gerida por um médico e assegura, designadamente:

a) Cuidados médicos diários;

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) Consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades;

g) Acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual;

h) Actividades de manutenção;

i) Higiene, conforto e alimentação;

j) Convívio e lazer.

SECÇÃO II

Equipas hospitalares

Artigo 19.º

Equipa de gestão de altas

1 - A equipa de gestão de altas, adiante designada por EGA, é uma equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, em articulação com a equipa de coordenação local por ilha.

2 - A equipa de gestão de altas encontra-se sediada nos hospitais E. P. E. e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um assistente social.

Artigo 20.º

Serviços da EGA

A equipa de gestão de altas assegura, designadamente:

a) A articulação com as equipas terapêuticas hospitalares para a programação de altas hospitalares;

b) O encaminhamento dos processos de alta hospitalar para a equipa de coordenação local por ilha.

Artigo 21.º

Equipa hospitalar de suporte em cuidados paliativos

1 - A equipa hospitalar de suporte em cuidados paliativos, adiante designada por EHSCP, é uma equipa multidisciplinar, do hospital E.P.E., com formação nesta área específica, devendo ter espaço físico próprio para a coordenação das suas actividades e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um psicólogo.

2 - A equipa hospitalar de suporte em cuidados paliativos tem por finalidade prestar aconselhamento diferenciado neste tipo de cuidados aos serviços do hospital, podendo prestar cuidados directos e orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal para os quais seja solicitada a sua actuação.

Artigo 22.º

Serviços da EHSCP

A equipa hospitalar de suporte em cuidados paliativos assegura, designadamente:

a) Cuidados médicos e de enfermagem continuados;

b) Tratamentos paliativos complexos;

c) Consulta e acompanhamento de doentes internados;

d) Assessoria aos profissionais dos serviços hospitalares;

e) Cuidados de fisioterapia;

f) Apoio psico-emocional ao doente e familiares e ou cuidadores, incluindo no período do luto;

g) Formação em cuidados paliativos dirigida às equipas terapêuticas do hospital e aos profissionais que prestam cuidados continuados;

h) Colaboração com as equipas de apoio domiciliário e internamento dos centros de saúde que prestam cuidados paliativos.

SECÇÃO III

Equipas domiciliárias

Artigo 23.º

Equipa de apoio integrado domiciliário

1 - A equipa de apoio integrado domiciliário, adiante designada por EAID, é a prestação de 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 - A equipa de apoio integrado domiciliário é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados prestados pelos centros de saúde/unidades de saúde de ilha e das entidades de apoio social, incluindo as entidades mencionadas no n.º 2 do artigo 7.º

3 - A avaliação integral de cuidados médicos, de enfermagem, reabilitação e 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, é efectuada em articulação com a unidade de saúde e a entidade que presta apoio social.

4 - A equipa de apoio integrado domiciliário apoia-se nos recursos locais disponíveis em cada unidade de saúde, conjugados com a entidade que presta apoio social.

Artigo 24.º

Serviços da EAID

1 - A equipa de apoio integrado domiciliário assegura, designadamente:

a) Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas, devendo as visitas médicas serem programadas tendo por base as necessidades clínicas detectadas 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 actividades da vida diária;

g) Apoio nas actividades instrumentais da vida diária;

h) Coordenação e gestão de casos com outros recursos da saúde e sociais.

2 - A avaliação inicial, as necessidades clínicas detectadas e os cuidados prestados devem ser objecto de registo no Boletim de Cuidados no Domicílio.

Artigo 25.º

Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos

1 - A equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos, adiante designada por ECSCP, é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos e deve integrar, no mínimo, um médico e um enfermeiro.

2 - A equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos tem por finalidade prestar apoio e aconselhamento diferenciado neste tipo de cuidados às equipas de apoio integrado domiciliário e às unidades de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção.

Artigo 26.º

Serviços da ECSCP

1 - A equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos assegura, sob a direcção de um médico, designadamente:

a) A avaliação integral do doente;

b) Os tratamentos e intervenções paliativas a doentes com patologias complexas;

c) A gestão e controlo dos procedimentos ao nível dos cuidados de saúde e recursos sociais;

d) A assessoria e apoio às equipas de cuidados continuados integrados;

e) A assessoria aos familiares e ou cuidadores;

f) A formação em cuidados paliativos dirigida às equipas de saúde familiar das unidades de saúde de ilha, dos centros de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários.

2 - Sempre que a ECSCP não possa prestar os cuidados previstos na alínea *b*) do número anterior, deverão as farmácias hospitalares ou os centros de saúde com autorização para aquisição directa de medicamentos contendo substâncias psicotrópicas e estupefacientes fornecer às equipas de apoio domiciliário a necessária medicação, nomeadamente opiáceos, com o apoio e supervisão da equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos.

CAPÍTULO V

Acesso, ingresso e mobilidade na rede

Artigo 27.º

Acesso à rede

1 - São destinatários 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) Incapacidade grave, com forte impacte psicossocial;

d) Doença severa, em fase avançada ou terminal.

2 - O acesso à rede é determinado pelas equipas de coordenação local por ilha mediante proposta:

a) Das unidades de saúde;

b) Do Instituto de Acção Social;

c) De outras entidades, designadamente as mencionadas no n.º 2 do artigo 7.º

3 - O acesso à rede deve ser efectuado com base num relatório social e num relatório clínico que caracterize o utente quanto ao grau de dependência e indique o tipo de resposta integrada de cuidados continuados a prestar.

4 - Têm prioridade de acesso à rede os utentes com alta clínica que se encontrem internados nas unidades de saúde e que se enquadrem, pelo menos, numa das seguintes situações:

a) Necessidade de cuidados continuados de saúde;

b) Situação de carência sócio-económica;

c) Ausência de suporte familiar;

d) Situação de doença de familiares que impossibilite o apoio.

Artigo 28.º

Mobilidade na rede

1 - Esgotado o prazo de internamento previsto para a UMDR e não atingidos os objectivos terapêuticos, deve o responsável da unidade desencadear a revisão do plano individual de intervenção.

2 - Quando o processo de revisão a que se refere o número anterior der origem a uma alta, o responsável da UMDR deve desencadear o processo com a antecedência suficiente que permita a recolha de informação clínica e social, que habilite a elaboração do novo plano individual de intervenção e garanta a sequencialidade da prestação de cuidados, aquando do ingresso da pessoa na unidade mais adequada, com vista a atingir a melhoria ou recuperação clínica, ganhos visíveis na autonomia ou bem-estar e qualidade de vida.

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.

4 - A mobilidade na rede está sujeita ao consentimento do utente ou do seu representante legal.

5 - A informação de alta deve acompanhar o utente aquando da transição entre unidades.

CAPÍTULO VI

Organização

Artigo 29.º

Unidades da rede

1 - As unidades da rede previstas no n.º 1 do artigo 12.º são criadas por despacho do membro do Governo Regional competente em matéria da saúde e segurança social, mediante proposta da coordenação regional 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 - Em função das necessidades e com vista ao aproveitamento integral dos recursos locais, as unidades da rede podem ser organizadas e combinadas de forma mista, desde que assegurem os respectivos espaços, equipamentos e outros recursos específicos de cada resposta, sem prejuízo da eficaz e eficiente prestação contínua e integrada de cuidados.

3 - As unidades 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 30.º

Instrumentos de utilização comum

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) História clínica;

b) Registo da admissão;

c) Plano de terapêutica;

d) Situação de dependência (escala de Barthel);

e) Diagnóstico das necessidades de intervenção;

f) Plano individual de intervenção;

g) Registo e avaliação da situação clínica e das intervenções terapêuticas;

h) Informação da alta (nota de alta).

CAPÍTULO VII

Qualidade e avaliação

Artigo 31.º

Promoção e garantia da qualidade

Os modelos de promoção e gestão da qualidade são fixados por despacho do membro do Governo Regional competente em matéria da 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 32.º

Avaliação

As unidades e equipas da rede estão sujeitas a um processo periódico de avaliação da iniciativa da coordenação regional da rede, nos termos a regulamentar por despacho do membro do Governo Regional competente em matéria da saúde e segurança social.

CAPÍTULO VIII

Recursos

Artigo 33.º

Recursos humanos

1 - A prestação de cuidados na rede é garantida por equipas multidisciplinares com dotações adequadas à prestação de cuidados seguros e de qualidade.

2 - 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, funcionamento, licenciamento e fiscalização

Artigo 34.º

Licenciamento e fiscalização

O regime jurídico do licenciamento e fiscalização é estabelecido por decreto legislativo regional, sem prejuízo do disposto nos artigos seguintes.

Artigo 35.º

Condições de instalação

As condições e requisitos de construção e segurança das instalações e das pessoas relativos a acessos, circulação, instalações técnicas, equipamentos e tratamento de resíduos das unidades da rede, no que se refere à construção de raiz, à remodelação e adaptação dos edifícios são regulamentados por portaria dos membros do Governo competentes em razão da matéria em causa.

Artigo 36.º

Condições de funcionamento

As condições e requisitos de funcionamento das unidades e equipas da rede são regulamentados por portaria do Governo com competência em matéria da saúde e segurança social.

Artigo 37.º

Estabelecimentos e serviços existentes

Os estabelecimentos e serviços em funcionamento, à data de entrada em vigor deste diploma, que prestam cuidados continuados integrados serão progressivamente objecto de reconversão, de acordo com as prioridades fixadas, sem prejuízo de continuarem a assegurar aquele tipo de cuidados.

CAPÍTULO X

Financiamento da rede

Artigo 38.º

Financiamento

O financiamento da rede depende 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 regulamentar por portaria conjunta do membro do Governo Regional competente em matéria da saúde e segurança social e das finanças.

Artigo 39.º

Modelo de financiamento

1 - Os encargos decorrentes do funcionamento das respostas da rede são repartidos pelas áreas da saúde e da segurança social, em função da tipologia dos cuidados prestados, nos seguintes termos:

a) As unidades de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção e as equipas de apoio integrado domiciliário são da responsabilidade das duas áreas, em função da natureza dos cuidados prestados;

b) As unidades de cuidados paliativos, equipa de gestão de altas, equipas hospitalares de suporte em cuidados paliativos, equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos são responsabilidade da saúde;

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 custos próprio para cada tipo de serviço.

3 - Os encargos com a prestação das unidades e equipas de cuidados continuados de saúde fazem parte integrante do orçamento das respectivas unidades de saúde e os encargos com a prestação do apoio social dos orçamentos dos respectivos organismos da Segurança Social Regional.

4 - A utilização das unidades de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção e das equipas de apoio integrado domiciliário integradas na rede é comparticipada pela pessoa em situação de dependência em função do seu rendimento ou do seu agregado familiar, nos termos a regulamentar pelo membro do Governo Regional com competência em matéria de saúde e solidariedade social, numa óptica de responsabilização global da família e em concretização dos princípios da subsidiariedade e solidariedade social.

CAPÍTULO XI

Disposições finais

Artigo 40.º

Aplicação

A rede é implementada progressivamente e concretiza-se, entre outras formas, no âmbito dos acordos celebrados pelo departamento do Governo Regional com competência em matéria de saúde e segurança social com várias entidades, entre as quais as enunciadas no n.º 2 do artigo 7.º do presente diploma.

Artigo 41.º

Entrada em vigor

O presente diploma entra em vigor passados 30 dias da data da sua publicação.

Aprovado pela Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores, na Horta, em 7 de Maio de 2008.

O Presidente da Assembleia Legislativa, *Fernando Manuel Machado Menezes*.

Assinado em Angra do Heroísmo em 29 de Maio de 2008.

Publique-se.

O Representante da República para a Região Autónoma dos Açores, *José António Mesquita*.