

MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE

Despacho conjunto n.º 407/98. — As transformações demográficas, sociais e familiares que vêm operando-se na sociedade portuguesa determinam novas necessidades para certos grupos da população, nomeadamente as pessoas mais idosas, as pessoas com deficiência e as que têm problemas de saúde mental.

A crescente necessidade de prestação de cuidados continuados àquelas pessoas decorre, em particular, quer do envelhecimento da população, quer da alteração dos equilíbrios sociais, designadamente da estrutura familiar e de fenómenos de desertificação.

O conhecimento e desenvolvimento tecnológico têm vindo, por sua vez, a revolucionar os conceitos de hospital e os de outras respostas de saúde, de solidariedade e de segurança social.

A prestação de cuidados no domicílio e no ambulatório aparece como a forma mais humanizada de resposta, mas exige o estabelecimento de redes sociais de apoio integrado que garantam a efectiva continuidade dos cuidados necessários, que se pretendem globais.

Tais mecanismos, que estão na base da construção de uma sociedade solidária, envolvem a participação e colaboração de diversos parceiros sociais e exigem o envolvimento do Estado, como principal incentivador da acção, fazendo convergir esforços no apoio aos diversos agentes interessados.

Porque a prossecução desse objectivo implica a devida ponderação das soluções mais ajustadas à actual realidade foi, por despacho conjunto da Ministra da Saúde e do Ministro da Solidariedade e da Segurança Social de 5 de Junho de 1996, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 148, de 28 de Junho de 1996, criado um grupo de trabalho constituído por representantes das Direcções-Gerais da Saúde e da Acção Social, com a incumbência de proceder ao diagnóstico e análise das situações cujas respostas passam pela intervenção conjunta destas áreas, de definir o nível da respectiva intervenção, e, por outro lado, de apresentar propostas e projectos com vista à concretização, de forma gradual, das medidas adequadas.

Nestes termos, tendo sido cumpridos os objectivos fixados àquele grupo, aprovam-se as orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência, bem como as coordenadas para a elaboração do plano regional de articulação saúde/acção social, constantes do anexo ao presente despacho e que dele faz parte integrante.

15 de Maio de 1998. — A Ministra da Saúde, *Maria de Belém Roseira Martins Coelho Henriques de Pina*. — O Ministro do Trabalho e da Solidariedade, *Eduardo Luís Barreto Ferro Rodrigues*.

Orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência

1 — Objectivos. — As presentes orientações visam criar condições que possibilitem uma intervenção articulada da saúde e da acção social dirigida às pessoas em situação de dependência de modo a responder às necessidades que apresentam em função do tipo e amplitude de dependência e dos contextos sócio-familiares em que se inserem.

Pretende-se instituir um modelo de intervenção articulada de completa interface saúde/acção social com o envolvimento de vários parceiros e o aproveitamento e racionalização dos recursos existentes, no respeito das competências institucionais regionais e locais, procurando que as acções a desenvolver sejam graduais e flexíveis.

O modelo de intervenção articulada tem como objectivo, fundamentalmente, promover a autonomia das pessoas em situação de dependência e o reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações e, como lógica de intervenção, privilegiar a prestação de cuidados no domicílio, sem prejuízo da possibilidade do recurso ao internamento em unidades residenciais sempre que este se mostra necessário ao processo de reabilitação com a promoção de condições de autonomia que habilitem as pessoas a regressar ao seu domicílio.

Assim, caracterizam-se os grupos alvo da intervenção, tipificam-se as respostas já existentes e definem-se as respostas a implementar mais adequadas às necessidades, identificam-se as entidades mais vocacionadas para intervirem na execução das correspondentes respostas e definem-se as estratégias para a sua implementação, gestão e financiamento.

2 — Grupos alvo. — São considerados como grupos alvo as pessoas em situações de dependência física, mental ou social, transitória ou permanente, resultante ou agravada nomeadamente por:

Isolamento geográfico — decorrente de fenómenos de desertificação rural e desenquadramento urbano, migratórios, de envelhecimento populacional, de inacessibilidade e ausência de recursos;

Doença crónica — doença ou sequelas que decorrem de patologias cardiovasculares, respiratórias, genito-urinárias, reumatológicas, endocrinológicas, digestivas, neurológicas e psiquiátricas, bem como de outras situações que sejam causa de invalidez precoce ou de significativa redução da esperança de vida;

Situação de doença, ausência ou perda de familiares, amigos e vizinhos que prestavam apoio;

Deficiência física ou mental;

Internamento institucional indevido, por inexistência ou insuficiência de respostas alternativas mais adequadas;

Alta hospitalar com necessidade de cuidados de saúde continuados e ou de apoio social;

Inexistência ou insuficiência de apoio diurno e ou nocturno.

3 — Identificação de respostas. — As respostas às necessidades dos grupos alvo considerados podem revestir as seguintes formas de intervenção:

- a) Apoio social;
- b) Cuidados de saúde continuados;
- c) Respostas integradas.

3.1 — Respostas no âmbito do apoio social:

3.1.1 — O apoio social é desenvolvido em equipamentos ou mediante a prestação de serviços através de um sistema de cooperação do Ministério do Trabalho e da Solidariedade com as instituições particulares de solidariedade social, miseri-córdias e mutualidades, com as seguintes respostas:

- a) Serviço de apoio domiciliário — prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades e ou as actividades da vida diária;
- b) Centro de dia — prestação de um conjunto de serviços desenvolvidos em equipamento que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar;
- c) Acolhimento familiar — medida de política social que consiste em integrar em famílias consideradas idóneas, temporária ou permanentemente, pessoas idosas, ou pessoas com deficiência ou doença mental;
- d) Lar — equipamento que consiste no alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos em situação de maior risco de perda de independência e ou de autonomia;
- e) Centro de actividades ocupacionais — equipamento de pequena dimensão inserido na comunidade que visa a valorização pessoal e a integração social de pessoas com deficiência grave, permitindo o desenvolvimento possível das suas capacidades sem vinculação a exigências de rendimento profissional ou de enquadramento normativo de natureza jurídico-laboral;
- f) Lar de apoio — resposta social desenvolvida em equipamento, destinada a acolher crianças e jovens entre os 6 e os 16 anos que necessitem de frequentar estruturas de apoio específico e que careçam temporariamente de resposta substitutiva da família;
- g) Lar residencial — equipamento destinado a alojar jovens e adultos com deficiência de idade não inferior a 16 anos que se encontrem impedidos, temporária ou definitivamente, de residir no seu meio familiar normal.

3.1.2 — Para além das respostas referidas no n.º 3.1.1 já em desenvolvimento, passam também a ser consideradas, no âmbito do apoio social, as seguintes respostas dirigidas às pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico:

- a) Unidade de vida apoiada — resposta habitacional, com capacidade média para 20 utentes, destinada a pessoas que, por limitação mental crónica e factores sociais graves, alcançaram um grau de desvantagem que não lhes permite organizar, sem apoio, as actividades de vida diária, mas que não necessitam de intervenção médica frequente;
- b) Unidade de vida protegida — estrutura habitacional com capacidade para cinco a sete utentes destinada sobretudo ao treino de autonomia de pessoas adultas com problemática psiquiátrica grave e de evolução crónica, clinicamente estável desde que se verifiquem:

Potencialidades passíveis de desenvolvimento, pela integração em programa de reabilitação psicossocial;

Ausência de alternativa residencial ou, tendo-a, são rejeitados ou rejeitam os conviventes (mesmo familiares directos);

- c) Unidade de vida autónoma — estrutura habitacional, de dimensão e localização na comunidade com capacidade para cinco a sete utentes destinada a pessoas adultas com problemática psiquiátrica grave estabilizada e de evolução crónica, com boa capacidade autonómica, permitindo a sua integração em programa de formação profissional ou em emprego normal ou protegido e sem alternativa residencial satisfatória;
- d) Fórum sócio-ocupacional — equipamento de pequena dimensão destinado a pessoas com desvantagem, transitória ou permanente, de origem psíquica, visando a sua reinserção sócio-familiar e ou profissional ou a sua eventual integração em programas de formação ou de emprego protegido.

3.1.3 — As respostas referidas no n.º 3.1.2 são desenvolvidas de forma articulada, assegurando o Ministério do Trabalho e da Solidariedade a comparticipação financeira para o investimento e funcionamento e o Ministério da Saúde, através das suas estruturas locais, os cuidados de saúde, designadamente médicos e de enfermagem.

3.1.4 — A comparticipação financeira para o funcionamento das actividades de apoio social e os termos e condições da prestação dos cuidados de saúde são definidos, localmente, mediante a celebração de acordos de cooperação entre os serviços competentes dos centros regionais de segurança social e das administrações regionais de saúde e as instituições envolvidas.

3.2 — Respostas no âmbito dos cuidados de saúde continuados:

3.2.1 — Os serviços de saúde produzem e distribuem tecnologia de saúde, no âmbito dos cuidados continuados, quer nos equipamentos

de saúde, quer nos espaços sociais dirigidos particularmente às pessoas em situação de dependência.

3.2.2 — Sobretudo a partir dos centros de saúde e dentro do seu normal funcionamento, destaca-se a tecnologia médica, os cuidados de enfermagem e outras prestações de cuidados, em particular as desenvolvidas pelos ajudantes de saúde.

Pelas características inovadoras dos ajudantes de saúde consideram-se como funções inerentes ao respectivo perfil de actuação, designadamente, a colaboração na promoção da saúde, na prevenção da doença e da dependência e no acompanhamento prioritário das pessoas idosas, doentes ou convalescentes, no domicílio.

Na sua actividade complementam ou substituem os prestadores de cuidados de saúde informais, designadamente «família, vizinhos e voluntários», sob coordenação e supervisão do pessoal de enfermagem.

3.2.3 — No âmbito dos cuidados de saúde continuados, a reabilitação deve também desempenhar um papel importante, quer na prevenção da dependência, quer na promoção da autonomia e do desenvolvimento do potencial de recuperação das pessoas.

3.2.4 — Os cuidados de nutrição, com particular destaque para a vertente ensino, devem ocupar um espaço importante na prestação dos cuidados globais.

3.2.5 — No quadro junto resumem-se os cuidados que mais frequentemente são prestados aos diferentes grupos alvo, tendo em conta: o regime da respectiva prestação, isto é, domiciliário, ambulatório, internamento ou outro; as respostas que melhor podem satisfazer as necessidades dos grupos alvo; as entidades que podem responder pela prestação dos serviços.

Quadro de referência para prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência

| Grupo alvo | Necessidades/cuidados | Respostas | Entidades |
|---|---|--|--|
| Pessoas em situação de dependência por: | 1) Domiciliários: AVD. | Apoio domiciliário. | SS ONG, família e outras. |
| | Cuidados clínicos: Médicos, enfermagem, reabilitação, outros. | Centros de saúde, hospitais. | Saúde. |
| Ausência de prestadores informais (família, vizinho). | AVD e cuidados clínicos. | Apoio dom. integrado (ADI). | SS saúde, parceiros, família e outras. |
| Ausência de apoio dia e noite (inexistência de recursos). | 2) Ambulatórios: Cuidados clínicos: médicos, enfermagem, reabilitação, outros. | Centros de saúde, hospitais. | Saúde, ONG e outras. |
| Internamento indevido (inexistência de outras respostas). | AVD. | Centros de dia, outros. | SS ONG, autarquias, famílias e outras. |
| Doença crónica (AVC DPCO insuf. cardíaca). | AVD e cuidados clínicos. | Centros de dia, centros de saúde, hospitais. | SS saúde ONG, autarquias, famílias e outras. |
| Alta hospitalar (necessidade de continuidade de cuidados). | 3) Residenciais: AVD. | Lares. | SS ONG e outras. |
| | AVD e cuidados clínicos. | Unidade de apoio integrado (UAI). | SS saúde ONG, famílias e outras. |
| Deficiência física ou mental. | 4) Outras: Serviços exteriores. | Apoio domiciliário. | SS ONG, famílias, autarquias e outras. |
| Isolamento geográfico (fenómenos de desertificação rural e urbana). | Alojamento. | Alojamento temporário de recurso — ATR. | Saúde. |
| | Ajudas técnicas. | Centros de saúde, hospitais, serviços de acção social. | — |

3.3 — Respostas integradas:

3.3.1 — As respostas integradas assumem uma natureza preventiva e reabilitadora e de apoio das pessoas em situação de dependência e visam fundamentalmente os seguintes objectivos:

- Melhorar a qualidade de vida e promover a sua inserção social e comunitária, bem como o desenvolvimento de processos de valorização pessoal;
- Favorecer e privilegiar a permanência no domicílio e no meio familiar e social;
- Colaborar com as famílias, reforçando as suas capacidades e competências, concedendo-lhes o apoio necessário e o acesso a ajudas técnicas adequadas;
- Criar e promover condições propiciadoras de autonomia e bem-estar, estimulando a participação dos próprios na resolução dos seus problemas.

3.3.2 — As respostas integradas compreendem o apoio domiciliário integrado e a unidade de apoio integrado.

3.3.3 — Apoio domiciliário integrado:

3.3.3.1 — Conceito. — O apoio domiciliário integrado é um serviço que se concretiza através de um conjunto de acções e cuidados pluridisciplinares, flexíveis, abrangentes, acessíveis e articulados, de apoio social e de saúde, a prestar no domicílio.

O apoio domiciliário integrado perspectiva-se como a resposta charneira e prioritária cujo planeamento e avaliação cabe a uma equipa de cuidados integrados, nos termos estabelecidos no n.º 4.1 das presentes orientações.

3.3.3.2 — Caracterização dos cuidados. — O apoio domiciliário integrado assegura, sobretudo, a prestação de cuidados (de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa e outros) e a prestação de apoio social indispensável à satisfação das necessidades básicas humanas.

O apoio social privilegiará a abordagem psicossocial e a vertente ocupacional, envolvendo as famílias e outros prestadores de cuidados informais, e assegura a prestação de pequenos serviços no exterior, tais como compras, marcação de consultas, ou outros de natureza indispensável.

3.3.3.3 — Pessoal. — Os cuidados são prestados por uma equipa multidisciplinar constituída, designadamente, por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, ajudantes de saúde e ajudantes familiares.

Os elementos que constituem a equipa multidisciplinar devem ter formação nas áreas de geriatria e gerontologia, sem prejuízo de outras competências específicas para lidar com as situações de dependência.

A participação dos prestadores de cuidados informais no domicílio reveste especial interesse, devendo promover-se e facilitar-se a sua formação e treino adequados a par da integração na equipa e no contexto sócio-familiar.

3.3.3.4 — Organização. — O apoio domiciliário integrado deve organizar-se como um serviço de prestação de cuidados humanizados, multidisciplinar, vocacionado para o tratamento, prevenção, ensino e treino, centrados na promoção do autocuidado, envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados informais, designadamente voluntários, vizinhos e amigos.

A organização do apoio domiciliário integrado deve ter em consideração, designadamente, os seguintes aspectos:

- Integrar-se de preferência em estruturas ou serviços já existentes;
- Desenvolver actividades lúdico-terapêutico-ocupacionais, qualquer que seja o grau de dependência das pessoas alvo de prestação de cuidados;
- Assegurar o apoio aos familiares com pessoas dependentes a seu cargo, incluindo o ensino e o treino na prestação dos cuidados;
- Promover a colaboração dos familiares.

3.3.3.5 — Encaminhamento de utentes. — A prestação de cuidados no âmbito do apoio domiciliário integrado tem por base a situação de dependência avaliada pela equipa de cuidados integrados que analisa e determina o tipo de dependência, os cuidados a prestar e a sua periodicidade.

3.3.4 — Unidade de apoio integrado:

3.3.4.1 — Conceito. — A unidade de apoio integrado é uma unidade com capacidade máxima de 30 utentes, que visa prestar cuidados temporários, globais e integrados a pessoas que, por motivo de dependência, não podem, de acordo com a avaliação da equipa de cuidados integrados, manter-se apoiados no seu domicílio, mas que não carecem de cuidados clínicos em internamento hospitalar.

A unidade de apoio integrado, pelos objectivos e cuidados que presta, é uma estrutura diferenciada dos equipamentos designados por lar, mesmo quando estes dispõem de cuidados de enfermagem e de assistência médica, inclusive nos casos em que a mesma é prestada por clínico geral indigitado pelo centro de saúde.

3.3.4.2 — Destinatários. — A unidade de apoio integrado tem como destinatários um grupo heterogéneo de pessoas com necessidade de

prestação de cuidados de saúde continuados e de apoio social, qualquer que seja a sua idade e origem (domicílio ou instituição — lar, centro de saúde, hospital).

3.3.4.3 — Objectivo. — O objectivo prioritário da unidade de apoio integrado é o de criar condições de autonomia às pessoas por forma a habilitá-las a regressar ao seu domicílio ou ambiente sócio-familiar, ainda que necessitando do apoio domiciliário integrado.

3.3.4.4 — Caracterização dos cuidados. — Os cuidados assegurados pela unidade de apoio integrado, pela sua intensidade e pela diferenciação técnica a que fazem apelo, não podem ser prestados no domicílio, mas não justificam, ou já não justificam, internamento em hospital.

A prestação dos cuidados é assegurada ao longo das vinte e quatro horas e compreende, designadamente, cuidados de convalescença e a doentes crónicos, de reabilitação, treino e ensino, centrados na promoção do autocuidado e da satisfação das necessidades básicas humanas.

Serão ainda asseguradas actividades relacionadas com a animação sócio-cultural, ocupacional e de actividades de vida diária, envolvendo as famílias e outros prestadores de cuidados informais.

3.3.4.5 — Pessoal. — A prestação de cuidados é assegurada por uma equipa multidisciplinar da área da saúde e da acção social, devendo os seus elementos ter formação nas áreas de geriatria e gerontologia, e pode envolver a consultadoria e a intervenção de especialistas, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.

O pessoal auxiliar deve ter formação adequada à prestação dos cuidados, sendo a execução das respectivas tarefas orientada por outros profissionais.

3.3.4.6 — Organização. — A unidade de apoio integrado deve organizar-se de modo a constituir um centro de referência exemplar, de prestação de cuidados humanizados, com base em serviços flexíveis, multidisciplinares e abertos à comunidade, envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados informais.

A organização da unidade de apoio integrado deve ter em consideração, designadamente, os seguintes aspectos:

- Integrar-se, sempre que possível, em estruturas ou serviços já existentes, ou na sua proximidade, e que disponham de articulação com o apoio domiciliário integrado;
- Ser, de preferência, de pequena dimensão com possibilidade de existência de quartos de uma ou duas camas;
- Funcionar em articulação com os serviços de saúde e de acção social, bem como com outros serviços necessários à adequada prestação de cuidados;
- Assegurar o apoio aos familiares com pessoas dependentes a seu cargo, possibilitando-lhes o ensino e o treino de cuidados;
- Promover a colaboração dos familiares e de outros prestadores informais de cuidados.

3.3.4.7 — Encaminhamento e admissão dos utentes. — A admissão de pessoas na unidade de apoio integrado tem por base a situação de dependência, avaliada pela equipa de cuidados integrados, que analisa e determina o tipo de dependência, os cuidados a prestar e a duração provável da permanência.

A permanência na unidade de apoio integrado deverá reduzir-se ao tempo estritamente necessário para habilitar as pessoas a regressarem à sua residência, em condições de autonomia, ainda que necessitando da prestação de cuidados em regime de apoio domiciliário integrado.

4 — Gestão — equipas de cuidados integrados:

4.1 — A prestação de cuidados, no âmbito das respostas integradas, apoio domiciliário integrado e unidade de apoio integrado, é objecto de planeamento e avaliação locais a efectuar por uma equipa multidisciplinar, designada por equipa de cuidados integrados.

4.1.1 — A equipa de cuidados integrados está sediada no centro de saúde e é constituída basicamente por um médico e um enfermeiro do respectivo centro e por dois técnicos do serviço sub-regional de segurança social da respectiva área.

Podem ainda ser chamados a participar no processo de avaliação das necessidades e implementação das respostas mais adequadas profissionais de outras áreas adstritas aos serviços envolvidos na prestação de cuidados, bem como familiares, voluntários, outros prestadores informais e elementos da comunidade.

4.1.2 — A intervenção da equipa é feita a solicitação do médico de família, do hospital, do centro regional ou dos parceiros sociais através de informação em impressos próprios com diagnósticos circunstanciados das situações e demais informação tida por conveniente.

4.2 — No exercício das suas funções, compete à equipa de cuidados integrados, designadamente:

- Avaliar as necessidades das pessoas com dependência — a avaliação centra-se nas necessidades da pessoa dependente que deve ser envolvida desde o início no processo;
- Definir o modelo de intervenção — equacionadas as necessidades e os recursos disponíveis, devem ser definidos planos

de cuidados personalizados que identifiquem o modelo de intervenção adequado e ajustado à vontade das pessoas em situação de dependência, referindo os cuidados a prestar, designadamente médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, a sua periodicidade e duração;

- c) Implementar os planos — a equipa deve promover, em tempo útil, a implementação dos planos de intervenção que estabeleceu, através de contactos rápidos e oportunos com os parceiros sociais, assegurando o envolvimento no processo, dos interessados directos com indicação de informações precisas sobre necessidades concretas das pessoas, preferências, hábitos, bem como os respectivos contextos sócio-culturais;
- d) Acompanhar a situação e avaliar a prestação — a equipa deve acompanhar o utente e avaliar periodicamente o serviço que está a ser prestado, quer quanto à quantidade, quer quanto à qualidade dos cuidados, verificando a sua adequação ao plano delineado, e conhecendo o grau de satisfação da pessoa alvo, dos seus familiares ou de outros prestadores de cuidados.

4.3 — A equipa de cuidados integrados deve ainda:

- a) Proceder à avaliação dos resultados globais, à elaboração de relatórios de progressos semestrais, à introdução de alterações e correcções, tendo em conta a evolução de situação de dependência, bem como proceder à elaboração de um relatório anual de actividades;
- b) Providenciar, em tempo útil, informação de retorno aos serviços que tenham solicitado a sua intervenção, nomeadamente quanto ao modelo de resposta implementado e sua fundamentação.

5 — Entidades interventoras — cooperação:

5.1 — Sob a tutela dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, do desenvolvimento e o apoio aos cuidados a prestar no âmbito das respostas integradas envolvem prioritariamente:

- a) Serviços de saúde, através dos centros de saúde e hospitais;
- b) Serviços de acção social, através dos centros regionais de segurança social;
- c) Instituições particulares de solidariedade social e outras organizações não governamentais;
- d) Misericórdias;
- e) Mutualidades.

5.2 — O desenvolvimento e o apoio à manutenção dos cuidados prestados nas respostas integradas são objecto de acordos de cooperação a celebrar, nos termos da legislação aplicável, entre os serviços competentes dos centros regionais de segurança social e das administrações regionais de saúde e as instituições e outros parceiros sociais com base no modelo a seguir pela comissão de acompanhamento.

5.3 — Os acordos de cooperação devem especificar o apoio técnico e a comparticipação financeira dos centros regionais de segurança social para o funcionamento das actividades de apoio social e os termos e condições em que são prestados os cuidados de saúde.

5.4 — Os acordos de cooperação deverão ainda envolver as autarquias e outras entidades sempre que, no âmbito das respectivas competências, possam contribuir para o apoio ao desenvolvimento das respostas integradas, designadamente o apoio domiciliário integrado, e em particular no que respeita a:

- a) Beneficiações no domicílio ou adaptações necessárias face à situação específica de dependência, bem como à criação de alternativas habitacionais;
- b) Transportes para deslocações indispensáveis, bem como o acompanhamento no exterior, sempre que necessário.

6 — Apoio ao desenvolvimento das respostas integradas. — A comparticipação financeira, bem como outros apoios a conceder às instituições para o desenvolvimento das respostas integradas, designadamente das unidades de apoio integrado, é efectuada pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade nos seguintes termos:

a) Ministério da Saúde:

Comparticipação para a aquisição de equipamentos de reabilitação, de acordo com a diferenciação de cuidados a prestar;

Comparticipação nas despesas de funcionamento, no que se refere aos cuidados de saúde, médicos e de enfermagem;

Disponibilização de pessoal de intervenção clínica das unidades de saúde da área de influência, em particular quanto a consultas externas, intervenções domiciliárias e eventual recurso a serviços hospitalares de internamento ou de urgência;

Comparticipações em exames complementares de diagnóstico e de meios terapêuticos prescritos;

b) Ministério do Trabalho e da Solidariedade:

Comparticipação nas despesas de funcionamento no que refere a actividades de apoio social;

Comparticipação na realização de obras de remodelação e construção das unidades de apoio integrado, sem prejuízo do que possa ser assegurado pelas autarquias e pela intervenção de outros ministérios, nomeadamente da Secretaria de Estado da Habitação e Comunicações, conforme está consignado no pacto de cooperação para a solidariedade social.

7 — Apoio a outras situações:

7.1 — No que em particular diz respeito às pessoas em situação de maior dependência, que se encontrem em equipamentos sociais, os cuidados de saúde, médicos e de enfermagem, como para qualquer outro cidadão nacional, fazem parte das atribuições das estruturas do Serviço Nacional de Saúde, sendo os cuidados de apoio social à dependência prestados pelas instituições.

7.2 — Para efeitos de aplicação das presentes orientações, a avaliação das pessoas em situação de dependência nos casos referidos no número anterior é da responsabilidade da equipa de cuidados integrados, nos termos estabelecidos no n.º 4.1 e de harmonia com os parâmetros de avaliação dos níveis de autonomia, tipos de dependência e correspondentes necessidades de cuidados.

7.3 — A comparticipação financeira para o funcionamento das actividades de apoio social e os termos e condições da prestação dos cuidados de saúde continuados serão definidos localmente, mediante a formalização de acordos de cooperação a celebrar entre os serviços competentes dos centros regionais de segurança social, das administrações regionais de saúde e as instituições e outros parceiros envolvidos.

8 — Estratégias de implementação:

8.1 — As respostas integradas, bem como as que para o seu desenvolvimento exijam a articulação activa dos serviços de acção social e de saúde, ficam sujeitas a um período experimental de dois anos, de modo a permitir a sua avaliação.

8.2 — Durante o período experimental, a implementação das referidas respostas é faseada em função dos recursos existentes e da possibilidade efectiva de cooperação das entidades envolvidas.

8.3 — Para efeito do disposto no números anteriores, os centros regionais de segurança social e as administrações regionais de saúde elaboram, para a respectiva área geográfica, um plano regional de articulação saúde/acção social que contemple o diagnóstico das necessidades e dos recursos existentes e as propostas de cooperação, bem como outras medidas a efectivar num referencial de prioridades.

8.4 — O plano referido no número anterior obedece às coordenadas definidas no modelo anexo e na sua elaboração deve tomar-se em consideração:

- a) Estruturas sociais de apoio já vocacionadas para o presente modelo de intervenção, que deverão ser devidamente adequadas para darem respostas exemplares de acordo com os princípios e objectivos da articulação saúde e acção social;
- b) Serviços de saúde já envolvidos na prestação de cuidados domiciliários ou com potencialidades para o efeito;
- c) Programa de apoio integrado a idosos, PAII — considerando a experiência e a similitude de objectivos comuns, poderiam ser equacionadas candidaturas do ADI aos projectos que integram o PAII, nomeadamente ao serviço de apoio domiciliário, à formação de recursos humanos e ao serviço de telealarme;
- d) Recurso a ajudantes de saúde, no âmbito do protocolo celebrado entre a Direcção-Geral da Saúde e o Instituto do Emprego e Formação Profissional, no que respeita à implementação dos cuidados de saúde continuados, em particular no âmbito do apoio domiciliário integrado e das unidades de apoio integrado.

8.5 — O plano regional de articulação saúde/acção social é apresentado, no prazo de 90 dias a contar da data da publicação do presente despacho, à comissão de acompanhamento para parecer.

9 — Acompanhamento e avaliação:

9.1 — O acompanhamento e a avaliação da implementação das respostas no âmbito do disposto no n.º 8.1 são efectuados, a nível regional, por equipas regionais, devendo para o efeito articular-se com as equipas de cuidados integrados da respectiva área geográfica:

9.1.1 — Nos termos do número anterior, as equipas regionais elaboram um relatório semestral a apresentar às administrações regionais de saúde e aos centros regionais de segurança social, bem como à comissão de acompanhamento prevista no n.º 9.2.

9.1.2 — As equipas regionais são constituídas por elementos designados pelas administrações regionais de saúde e pelos centros regionais de segurança social.

9.2 — O acompanhamento global do processo de desenvolvimento do modelo de intervenção articulada é efectuado, a nível nacional, por uma comissão de acompanhamento, que, com base em critérios e indicadores de execução, fará a monitorização e a avaliação da sua implementação e eficácia, propondo as alterações que tiver por adequadas.

9.2.1 — Para o efeito, a comissão de acompanhamento reúne periodicamente com as equipas regionais e elabora relatórios regulares a apresentar superiormente.

9.2.2 — A comissão de acompanhamento será estabelecida por despacho conjunto dos Ministros da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade e integrará representantes das Direcções-Gerais da Saúde e da Acção Social.

Coordenadas para a elaboração do plano regional de articulação saúde/acção social

1 — O plano regional de articulação saúde/acção social, conforme decorre das normas orientadoras para a articulação saúde/acção social, pretende constituir um programa de intervenção para apoio a pessoas em situação de dependência que tenha em consideração:

- A articulação efectiva dos dois sectores em respostas dirigidas aos diversos grupos alvo;
- A colaboração de outros sectores e entidades, nomeadamente autarquias, na sua implementação;
- A constituição de parcerias a nível local que rentabilizem os recursos locais já existentes ou apoiem a criação de novos recursos para a sua concretização, bem como reforcem as redes familiares e sociais de apoio.

2 — O plano regional terá de partir de um diagnóstico:

- Das necessidades existentes ao nível dos grupos alvo em situação de dependência;
- Dos recursos/respostas existentes, quer ao nível das entidades públicas envolvidas, quer das instituições e outros parceiros sociais disponíveis para colaborar na sua implementação.

3 — O plano regional deverá conter:

- Os objectivos a alcançar;
- A caracterização das respostas a desenvolver;
- A descrição e quantificação dos recursos a afectar;
- A composição da equipa regional que irá acompanhar e avaliar a sua execução e que elaborará os relatórios semestrais de evolução;
- A composição das equipas de cuidados integrados por referência ao respectivo centro de saúde.

4 — A implementação das respostas deve ter em conta as seguintes prioridades:

- 1.ª prioridade — desenvolvimento de respostas a partir da optimização e racionalização dos recursos (humanos, materiais e ou financeiros) existentes na região;
- 2.ª prioridade — desenvolvimento de respostas cujos recursos (humanos, materiais e ou financeiros) envolvam um reforço ao nível nacional.

5 — O plano será construído a partir de planos sub-regionais devidamente fundamentados, em função dos diagnósticos locais e do dinamismo e envolvimento dos parceiros, tendo em conta a capacidade de desenvolver, quer respostas que exijam a articulação activa da saúde e da acção social (n.ºs 3.1.2 e 7 das orientações), quer as respostas integradas (ADI e UAI, n.º 3.3 das orientações).

Os planos sub-regionais que integram o plano regional terão ainda de indicar, de forma precisa e clara:

- Objectivos específicos, as respostas a implementar, o local, o número de pessoas a abranger, os parceiros envolvidos, os recursos disponibilizados pela saúde, acção social e parceiros;
- Número e identificação das equipas de cuidados integrados a criar;

Estratégia de implementação do plano:

- Prioridades;
- Calendarização;
- Acordos a celebrar;
- Identificação e quantificação dos recursos a reforçar.

6 — O plano regional deverá seguir a estrutura adoptada para os planos sub-regionais que constituirão seus anexos.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE

Gabinete do Ministro

Despacho n.º 10 194/98 (2.ª série). — Nos termos do despacho n.º 30/MTS/98, de 9 de Março, foi ordenada uma sindicância aos Serviços Sociais do Ministério do Trabalho e da Solidariedade, tendo sido designado sindicante o procurador-geral-adjunto Dr. Jorge Manuel F. Cruz Leal.

A natureza, finalidades e a desejada eficácia do referido processo implicam a disponibilização de meios humanos adequados às diversificadas tarefas a desenvolver.

Assim, ao abrigo do disposto no artigo 51.º, n.º 5, do Decreto-Lei n.º 24/84, de 16 de Janeiro, a solicitação do sindicante e ouvidos a Inspeção-Geral do Ministério do Trabalho e da Solidariedade e o Centro Regional de Segurança Social de Lisboa e Vale do Tejo, procedo às seguintes nomeações:

1 — Técnicos investigadores auxiliares do sindicante:

- a) Dr. Porfírio Ramos, inspector do quadro de pessoal da Inspeção-Geral do Ministério do Trabalho e da Solidariedade;
- b) Dr.ª Maria Irene Costa Teixeira Neves Pinheiro, auditora do quadro de pessoal do Centro Regional de Segurança Social de Lisboa e Vale do Tejo;
- c) Dr.ª Maria Manuela Henriques de Carvalho, auditora do quadro de pessoal do Centro Regional de Segurança Social de Lisboa e Vale do Tejo.

2 — Secretária da sindicância — Maria da Conceição Fonseca de Almeida Simões Dionísio, segundo-oficial do quadro de pessoal do Departamento para os Assuntos Europeus e Relações Internacionais do Ministério do Trabalho e da Solidariedade, a exercer actualmente funções de secretária do auditor jurídico deste Ministério em regime de requisição.

2 de Maio de 1998. — O Ministro do Trabalho e da Solidariedade, *Eduardo Luís Barreto Ferro Rodrigues*.

Despacho n.º 10 195/98 (2.ª série). — Nos termos e para os efeitos estabelecidos na alínea b) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 83/98, de 3 de Abril, designo para representante do Governo no Conselho de Saúde e Segurança no Trabalho as seguintes individualidades:

- 1 — Membro efectivo — engenheiro António Guerreiro Fonseca.
- 2 — Membro suplente — engenheira Maria Leonor Figueira.

22 de Maio de 1998. — O Ministro do Trabalho e da Solidariedade, *Eduardo Luís Barreto Ferro Rodrigues*.

Secretaria-Geral

Despacho n.º 10 196/98 (2.ª série). — Por despachos de 13 de Fevereiro e de 27 de Março de 1998, respectivamente da comissão administrativa da Caixa de Previdência do Pessoal dos Telefones de Lisboa e Porto e da secretária-geral do ex-Ministério da Solidariedade e Segurança Social:

Vitor dos Santos Marçal, primeiro-oficial da Caixa de Previdência do Pessoal dos Telefones de Lisboa e Porto — transferido, com idêntica categoria, para o quadro de pessoal da extinta Direcção-Geral de Apoio Técnico à Gestão, com efeitos a partir de 1 de Março de 1998, considerando-se exonerado do lugar anterior a partir dessa data. (Visto do Tribunal de Contas de 20 de Maio de 1998. São devidos emolumentos.)

1 de Junho de 1998. — O Secretário-Geral, *António Luís Alves Landeim*.

Despacho n.º 10 197/98 (2.ª série). — Por despachos de 4 e de 27 de Março de 1998 respectivamente da comissão administrativa da Caixa de Previdência do Pessoal dos Telefones de Lisboa e Porto e da secretária-geral do ex-Ministério da Solidariedade e Segurança Social:

Francisco José Mendes das Neves, oficial administrativo principal da Caixa de Previdência do Pessoal dos Telefones de Lisboa e Porto — transferido, com idêntica categoria, para o quadro de pessoal da extinta Direcção-Geral de Apoio Técnico à Gestão, com