

# **A EQUIPA DE CUIDADOS** **CONTINUADOS INTEGRADOS**

**Orientações para a sua  
constituição nos centros de saúde**

**Lisboa**

**Setembro 2007**

## **SUMÁRIO**

NOTA INTRODUTÓRIA	3
A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	6
DEFINIÇÃO DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	6
POPULAÇÃO ALVO	7
INGRESSO NA RNCCI	7
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DA RNCCI	8
CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	8
OS CSP NO ÂMBITO DA RNCCI	9
EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	10
CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO NA RNCCI	14
EQUIPA COMUNITÁRIA DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS	15
INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS	15
CONSIDERAÇÕES FINAIS	17

## NOTA INTRODUTÓRIA

A proporção da população idosa, que representava 8% do total da população em 1960, duplicou passando para 16% em 2001. As projecções demográficas do INE estimam que esta proporção volte a duplicar nos próximos 50 anos, representando em 2050, 32% do total da população. Em valores absolutos, a população idosa aumentou quase um milhão de indivíduos, passando de 708 570, em 1960, para 1 702 120, em 2001, dos quais 715 073 homens e 987 047 mulheres.

Existe claramente uma relação entre dependência e idade dado que a percentagem de indivíduos com limitações aumenta conforme consideramos grupos de população com mais idade. Estudos internacionais apontam para que mais de 30% das pessoas com idade superior a 65 anos sofre de algum tipo de incapacidade, sendo que relativamente a menores de 65 anos, esta percentagem não chega aos 5%. Estas pessoas requerem uma intervenção contínua em termos de apoio e cuidados. Em resultado deste envelhecimento, o número de pessoas idosas com limitações na sua vida diária é, hoje em dia, muito significativo. Estima-se que cerca de um terço dos idosos com 65 ou mais anos, precisam de ajuda para realizarem as suas actividades diárias. Calcula-se portanto que tenhamos cerca de 600.000 idosos em todo o país, com algum nível de dependência nas actividades normais da sua vida diária. As consequências profundas e duradouras do envelhecimento da população trarão grandes oportunidades e desafios a todas as sociedades. As instituições prestadoras de cuidados têm portanto um papel preponderante, sendo necessário ter um conhecimento profundo da população a quem se presta os cuidados, bem como da população candidata a esta prestação.

Para além do envelhecimento demográfico, as alterações do padrão epidemiológico e da estrutura de comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, determinam novas necessidades em saúde e conduzem ao aparecimento de um grupo significativo de doentes para os quais, independentemente da idade e dos problemas decorrentes da sua perda de autonomia, urge organizar respostas adequadas à crescente necessidade de cuidados continuados, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade, muito diferente do modelo de intervenção na doença aguda.

Estas situações, pela sua duração e complexidade, têm inevitavelmente repercussões, de forma marcada, na dinâmica familiar, aos níveis da alteração de papeis, modificações de comportamentos/relações entre os vários elementos que a constituem e na adaptação à nova situação, bem como, na organização dos serviços locais de saúde e de apoio social.

Importante será flexibilizar a organização e o planeamento dos recursos numa base de sistema local de saúde através da identificação pormenorizada das necessidades de cuidados da população a nível regional

Neste contexto, é essencial a existência de convergência das quatro estruturas (família, saúde, segurança social e Instituições Particulares de Solidariedade Social) na determinação dos objectivos, de forma humanizada e continuada.

Promover precocemente a autonomia dos utentes e/ou reduzir as suas incapacidades é essencial. A dependência definitiva deve ser percebida, não como um estado de doença, mas como um estado resultante de situação clínica, existindo riscos inerentes que obrigam a um acompanhamento adequado das necessidades individuais e familiares.

O envolvimento da comunidade e o incentivo à participação de redes de apoio social locais são de extrema importância, na medida em que vão actuar como defensores dos direitos de cidadania, lutando contra a marginalização, o abandono e o isolamento, em defesa da dignidade dos mais carenciados, combatendo, de uma maneira mais eficaz, as iniquidades e desigualdades, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de acções cada vez mais próximas dos cidadãos.

Até ser criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (DL nº 101/2006 de 6 de Junho), abreviadamente designada Rede ou RNCCI, o apoio domiciliário a pessoas em situação de dependência, com necessidade de cuidados de saúde e apoio social, encontrava-se assegurado pelas respostas de Apoio Domiciliário Integrado (ADI) criados pelo Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de Junho e pelos Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) criados, suportadas no âmbito do Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII) ambas implementadas através de acordos de cooperação celebrados entre os Centros Distritais do ISS, IP (CD) e as IPSS e pelas equipas dos Centros de Saúde (CS).

A RNCCI recentemente criada prevê novas tipologias de resposta, nomeadamente em regime de internamento, de unidades de dia e equipas de cuidados continuados integrados de apoio domiciliário.

Se no que se refere às unidades de internamento, estas já são uma realidade, com implementação no território nacional continental, e em processo de melhoria contínua no que respeita à prestação de cuidados e circuitos de referência, já relativamente ao apoio domiciliário importa definir os moldes conceptuais, instalação e as linhas de financiamento, designadamente das Equipas de Cuidados Continuados Integrados

(ECCI), que realizam esse apoio e que serão da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Neste contexto, o presente documento é resultado do consenso obtido do trabalho conjunto das respectivas estruturas de Missão e tem por objectivo apresentar orientações para a constituição das ECCI, bem como, a operacionalização da metodologia de prestação de Cuidados Continuados Integrados Domiciliários, no âmbito dos CSP.

## **A REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

A RNCCI consubstancia-se na prestação de cuidados de saúde e de apoio social às pessoas em situação de dependência.

O seu modelo conceptual encontra-se alicerçado na promoção da autonomia da pessoa em situação de dependência, de modo a que esta recupere as funcionalidades afectadas pela situação de saúde baseando-se na continuidade de cuidados sem hiatos, articulando os diferentes níveis de cuidados.

Identifica-se numa abordagem centrada na pessoa, operacionalizada através de um plano de intervenção, documentado e fruto do trabalho de uma equipa multidisciplinar.

Focaliza a sua intervenção nas dimensões de nível intermédio e complementar de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar. Neste contexto, pretende-se dinamizar a implementação de unidades e equipas de cuidados, dirigidas às pessoas em situação de dependência, com base numa tipologia de respostas, assentes em parcerias públicas, sociais e privadas.

As unidades e equipas da RNCCI assentam numa rede de respostas de cuidados continuados integrados em interligação com as redes nacionais de Saúde e da Segurança Social.

Apesar de ser contemplada a possibilidade de ter que recorrer ao regime de internamento para prestação de cuidados, em consequência da sua intensidade, complexidade ou do contexto sócio familiar, estes deverão, preferencialmente, ser prestados em contexto domiciliário.

O enfoque nos cuidados domiciliários, além de se ajustar às características dos utentes/famílias e cuidadores, representa um enorme desafio e responsabilidade para os CSP, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas integradas e satisfaçam as necessidades específicas desta população e que urge concretizar.

### ***DEFINIÇÃO DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS***

Entende-se por «*Cuidados Continuados Integrados*», o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e

*contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.* (alínea a) do Artº 3º do D.L. nº 101/2006, de 6 de Junho)

A RNCCI preconiza uma mudança na concepção da prestação de cuidados, situando as pessoas, as famílias e as suas necessidades de cuidados no centro do atendimento, introduzindo novos paradigmas de funcionamento.

Esta nova visão implica o envolvimento de cada um dos intervenientes no processo, profissionais, utente, família ou cuidador, pelo que os sistemas e mecanismos de articulação e coordenação constituem uma das chaves do processo de avaliação e prestação de cuidados integrais e integrados.

### ***POPULAÇÃO ALVO***

Todas as pessoas com situações de perda de autonomia, portadoras de diversos tipos e níveis de dependência, que necessitem de intervenções sequenciais de saúde e apoio social.

Os grupos-alvo de cuidados englobam:

- Pessoas com dependência funcional;
- Pessoas idosas com critérios de fragilidade;
- Pessoas com doenças crónicas evolutivas e dependência funcional grave por doença física ou psíquica, progressiva ou permanente;
- Pessoas que sofrem de uma doença em situação terminal.

É fundamental o papel dos profissionais dos CSP – médicos, enfermeiros e outros profissionais, na identificação e referenciação dos utentes, que poderão usufruir dos benefícios da Rede e melhorar o seu bem-estar.

### ***INGRESSO NA RNCCI***

O ingresso na RNCCI faz-se sempre através de uma Equipa Coordenadora Local (ECL), mediante uma proposta, cuja proveniência pode ser do Hospital ou do Centro de Saúde (comunidade), independentemente da tipologia de cuidados ser de internamento, ambulatório ou de apoio domiciliário.

Face à proposta de ingresso, a ECL, após análise e decisão sobre a situação referenciada, identifica e providencia o melhor recurso da Rede que responde às necessidades do utente/família, sendo, de igual forma, a responsável pela verificação do cumprimento dos critérios de referenciação.

A admissão na Rede é sempre efectuada por decisão da ECL, em cuja área de influência recai o domicílio do utente.

É ainda necessário que o utente (ou o seu representante) dê o seu prévio consentimento por escrito.

Independentemente da tipologia de resposta da Rede, deve sempre verificar-se o cumprimento dos fluxos de referência definidos para ingresso e mobilidade de utentes na Rede.

A sua referenciação deve ser acompanhada da documentação necessária, nomeadamente a avaliação médica, de enfermagem e social, bem como dos objectivos da intervenção centrados na pessoa, documentados em formulário próprio.

### ***CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DA RNCCI***

Para efeito de exclusão devem considerar-se os seguintes critérios:

- Episódio de doença em fase aguda que requeira internamento em hospital;
- Necessidade exclusiva de apoio social
- Necessidade de internamento para estudo diagnóstico;

### ***CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS***

As acções e cuidados a prestar são de natureza preventiva, curativa, de reabilitação e paliativa integrando ou articulando, designadamente:

- Cuidados de saúde, com particular relevância para a reabilitação e / ou promoção da autonomia e do bem-estar aos cidadãos em situação de dependência;
- Apoio na satisfação das necessidades básicas tais como: alimentação, higiene pessoal e habitacional e tratamento de roupas;
- Apoio psicológico e social;
- Ajuda na interacção utente/família, promovendo a colaboração do próprio e de outros conviventes ou voluntários organizados;
- Ajuda para aquisição de capacidades e competências dos utentes e suas famílias, promovendo a máxima autonomia possível e o auto-cuidado.

## OS CSP NO ÂMBITO DA RNCCI

Os Centros de Saúde (CS) reconfigurados, designados por Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), caracterizam-se pela constituição de pequenas equipas multiprofissionais em unidades funcionais autónomas, prestadoras de cuidados de saúde à população, bem como, pela agregação de recursos e estruturas de gestão. São compostos por um ou mais dos actuais centros de saúde, directamente dependentes da Administração Regional de Saúde (ARS), IP, e têm em consideração a criação de condições estruturais para aumentar o nível de qualidade de serviços existentes, de projectar uma forma de actuação mais racional, eficaz, inovadora e capaz de garantir a acessibilidades e a equidade dos cuidados de saúde junto da população da respectiva área geográfica de influência, contribuindo para uma melhor qualidade de vida dos cidadãos.

No seu âmbito de intervenção, estará presente, entre outras:

- a prestação de cuidados de saúde comunitários e de base populacional;
- a prestação de cuidados de saúde personalizados, facultando aos cidadãos o direito à livre escolha do seu médico de família;
- e a cooperação com as entidades e instituições locais, fomentando o trabalho em parceria e a criação de sinergias.

Através das suas unidades funcionais, irão prestar serviços de:

- promoção da saúde e prevenção da doença;
- prestação de cuidados na doença, promovendo a ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados, a reabilitação e a reinserção social;
- vigilância epidemiológica;
- desenvolvimento profissional contínuo;
- investigação em cuidados de saúde;
- controlo e avaliação dos resultados.

No momento actual, a prestação dos cuidados de saúde, é assegurada por profissionais das equipas de saúde familiar das USF e das equipas específicas para a prestação de cuidados de saúde no domicílio, vulgarmente conhecidas como Equipas de Cuidados Continuados, dos actuais CS.

É importante que estas equipas identifiquem os utentes que reúnem os critérios de ingresso na Rede e procedam à sua referenciação para a respectiva ECL.

Num futuro próximo, e prevendo o desenvolvimento da Rede nos CSP, pretende-se que a prestação dos cuidados domiciliários de saúde, baseada num modelo de intervenção integrada e articulada, seja assegurada por profissionais que integram as equipas de saúde familiar das USF, ou de outras unidades a constituir, as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) ou as Equipas Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), constituindo-se esta última, como um núcleo especializado das primeiras.

As ECCI e ECSCP integrarão a(s) Unidade(s) de Cuidados na Comunidade (UCC) de cada ACES, e serão constituídas por profissionais do ACES das várias áreas científicas da saúde que, de acordo com o seu perfil técnico e competências, bem como à especificidade de cada área de intervenção, organizar-se-ão, em geometria variável, consoante as necessidades e recursos disponíveis.

A ECL, estrutura de coordenação a integrar o ACES, em articulação estreita com o seu Conselho Clínico e na dependência funcional da coordenação regional da RNCCI, é constituída por representantes dos CSP (médico e enfermeiro), do Instituto da Segurança Social e da Autarquia (sendo este último opcional).

O coordenador desta equipa deverá ser, preferencialmente, um profissional da UCC, que articulará com as equipas domiciliárias existentes nesta unidade funcional e os profissionais das USF.

A ECL assume assim, um papel essencial na gestão do circuito da pessoa em situação de dependência na Rede, sendo especialmente responsável pela avaliação das situações de saúde e sociais, pela verificação do cumprimento dos critérios de referenciação, implementação do plano individual de cuidados e respectiva monitorização, sendo em ultima instancia o 'gestor da situação do utente' na sua mobilidade ou alta da Rede.

O acompanhamento pelas equipas domiciliárias da Rede encontra-se condicionado ao preenchimento de critérios de referenciação, que consagram as condições de admissão e de exclusão de doentes em qualquer tipologia de serviços.

### ***EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS***

*A ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos CSP e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer*

*internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma. (cf. Artigo 27.º do DL 101/2006, de 6 de Junho).*

*Esta equipa apoia-se nos recursos locais (humanos e outros) disponíveis, no âmbito de cada CS e do serviço local da Segurança Social, conjugados com os outros serviços comunitários, nomeadamente as autarquias. Integra os profissionais médicos, de enfermagem, de reabilitação, de apoio social e psicológico e outros destinados à prestação de cuidados no domicílio, recorrendo à imprescindível articulação dos diferentes profissionais da equipa e outros recursos do CS e da comunidade (cfr. Artigo 27º do DL 101/2006 de 6 de Junho).*

As ECCI deverão ser de constituição obrigatória em todos os CS, recomendando-se a sua imediata organização, ainda que o processo de reconfiguração dos actuais CS não esteja iniciado, como forma de aumentar a capacidade às necessidades dos utentes e, essencialmente, dotar a RNCCI da estrutura de apoio domiciliário conforme previsto na legislação.

Tal como foi anteriormente referido, a organização destas equipas, depende das características geodemográficas onde está inserida, prevê que seja ajustada a cada realidade ou contexto local, em termos de dimensão da população, bem como, dimensão e diversidade de competências da equipa.

Neste sentido, tomando por base a divisão dos actuais CS e a população das áreas de intervenção respectivas, consideramos que cada ECCI não deverá ultrapassar o valor máximo de 100.000 utentes, conjugando os critérios de dispersão geográfica e dimensão e características demográficas, sociais e epidemiológicas da população.

A implementação deste processo é da responsabilidade dos CS, em articulação com as ECL e ECR, respectivas.

A prestação de cuidados continuados integrados domiciliários é desenvolvida, maioritariamente, por profissionais dos CSP, designadamente por enfermeiros e médicos de família, como equipa nuclear. Estes profissionais articulam com outros técnicos do ACES, designadamente assistentes sociais, fisioterapeutas, entre outros, apoiados por profissionais administrativos.

O apoio social a estes utentes, sempre que necessário, será prestado, pela Rede Solidária, através de acordos de cooperação celebrados entre o ISS, IP e as Instituições Particulares de Solidariedade Social no âmbito da regulamentação própria que defina as Equipas de Intervenção na RNCCI.

Reafirma-se que, nos locais onde já existam respostas de apoio domiciliário prestadas por Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS), estas devem ser consideradas como parceiros privilegiados para o desenvolvimento dos cuidados a prestar e dos recursos disponíveis. Considera-se, ainda, conveniente que seja estimulada a participação e o envolvimento de outras estruturas comunitárias, designadamente as Autarquias locais.

Para a constituição destas equipas deverão ser observados os rácios de dotação de pessoal e competências que garantam a prestação de cuidados seguros e de qualidade. Devem reunir recursos multiprofissionais, especializados e/ou diferenciados, organizados por área geográfica, permitindo que sejam referência, neste âmbito, para equipas das outras unidades funcionais do CS e de pessoas não abrangidas pelas USF.

No sentido de serem ultrapassados possíveis constrangimentos na dotação de recursos humanos para a constituição destas equipas, os CS e, posteriormente, os ACES, devem apresentar proposta de contratação de novos profissionais à RNCCI, para reforço dos existentes (por exemplo: contratação de mais enfermeiros) ou diversificação de competências (exemplo: contratação de fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, entre outros).

A ECCI tem como objectivo assegurar gradualmente a prestação de cuidados a seguir apresentados, todos os dias do ano, no horário de funcionamento das 8 às 20 horas nos dias úteis e, conforme as necessidades, aos fins-de-semana e feriados, com garantia mínima das 9 às 17h:

- Cuidados domiciliários médicos e de enfermagem, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas, devendo as visitas dos profissionais serem programadas, regulares e terem por base as necessidades clínicas detectadas pela equipa, bem como, na resposta das necessidades do dependente e/ou família, em situação de agravamento súbito do seu estado de saúde;
- Cuidados de fisioterapia;
- Apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.
- Produção e tratamento de informação nos suportes de registo preconizados no âmbito dos CSP e da RNCCI.

A acessibilidade à ECCI deverá, ainda, ser garantida através de atendimento telefónico, nomeadamente, para acompanhamento, supervisão e aconselhamento do utente e ou cuidador, num horário alargado, para situações devidamente identificadas.

A actividade domiciliária<sup>1</sup> para esta equipa incorpora os princípios definidos para as actividades da Rede e assegura, em estreita articulação com as outras equipas de prestadores, o cumprimento das seguintes actividades:

**1. Pessoa em situação de dependência:** cuidados de saúde prestados no domicílio da pessoa em situação de dependência que, independentemente da causa e da idade, se encontre numa das seguintes condições:

- Pessoas acamadas a maior parte do tempo e que dependam maioritariamente de terceiros para a realização das AVD's, não abrangidas pelas USF ou outra unidade funcional do CS (por exemplo sem médico de família atribuído) ou que, por doença, apresentem marcada impossibilidade (transitória/permanente) de se deslocar, autonomamente, para fora dos seus domicílios.
- População alvo das USF que, pela intensidade dos cuidados necessários e decorrentes de critérios adiante apresentados, ultrapassam os limites da capacidade instalada da equipa da USF, na resposta à carteira básica de serviços;

**2. Familiares/Cuidadores:** cuidados de suporte psicológico, formativo ou outro, prestado no domicílio do doente acima identificado.

Esta equipa assegurará ainda cuidados paliativos e/ou de reabilitação no domicílio, em carteira adicional de serviços, aos doentes que deles necessitem e que residam (temporária ou permanentemente) na área de influência do CS, contando, para tal, com o apoio da ECSCP.

Para uma melhor coordenação, monitorização e avaliação das diferentes intervenções é necessário a definição de um Plano Individual de Intervenção, o qual deverá evidenciar, claramente, os objectivos a alcançar pelo utente, as tarefas e responsabilidades de cada profissional, pelo que se considera conveniente a designação de um **Gestor de Caso**, que deverá ser o profissional que, num determinado momento, gere e responde melhor às necessidades da pessoa dependente e lhe serve de suporte na comunidade, identificado de entre os que constituem a ECCI.

---

<sup>1</sup> Para as ECCI será considerado **domicílio** a residência oficial (permanente ou temporária) do utente/família ou cuidador, de acordo com o previsto para os ACES.

Pelas características das necessidades desta população e da natureza dos cuidados a prestar, na maioria das vezes, caberá ao enfermeiro este papel.

### ***CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO NA RNCCI***

A referenciação para e na RNCCI (admissão na Rede e circuito pelas diferentes estruturas) obedece aos critérios de inclusão anteriormente apresentados e, sempre, através da ECL, utilizando a **ficha de referenciação**.

Pode ser feita pelos seguintes profissionais: médicos, enfermeiros e assistentes sociais dos CS, futuros ACES, bem como, de outras estruturas comunitárias.

No caso de não existir assistente social nos actuais CS, poderá recorrer-se a este técnico em instituições parceiras, da sua área de intervenção.

Considera-se critério específico para admissão na RNCCI, na sua vertente de apoio domiciliário, a pessoa em situação de dependência com necessidade de cuidados de saúde, ainda que com ou sem necessidade de apoio social, a qual possua um contexto sócio-familiar e uma situação de saúde cuja intensidade e complexidade dos cuidados permita ou promova a sua prestação no domicílio.

É de todo o interesse para a pessoa dependente/família que seja a sua equipa de saúde familiar (USF) a prestar a maioria dos cuidados de saúde de que necessita, garantindo, assim, a segurança e continuidade dos mesmos.

No caso específico das USF, consideram-se excluídas da sua carteira básica de serviços, as situações a seguir apresentadas:

- Frequência da prestação de cuidados domiciliários superior a uma vez por dia;
- Prestação de cuidados domiciliários que exceda 1h e 30 minutos por dia e pelo menos três dias por semana;
- Necessidades de cuidados domiciliários, para além dos dias úteis ou fora do horário compreendido entre as 8 h e as 20 h.
- Necessidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação que exceda a equipa básica, por ex. Fisioterapia, Psicologia, Terapia Ocupacional, etc.

Perante a verificação de uma destas situações considera-se existir a necessidade de os cuidados de saúde a prestar serem assegurados por uma equipa específica da UCC (as ECCI ou ECSCP), com maior disponibilidade e acessibilidade e, assim garantir que as equipas de saúde familiar da USF, mantenham as condições que lhes permitem assegurar os cuidados que integram a Carteira Básica de Serviços.

Consequentemente, quando a situação de saúde da pessoa dependente/família permita a “alta” da ECCL, a equipa de saúde familiar da USF voltará a assumir a prestação de cuidados de saúde que à altura se identifiquem como necessários. A operacionalização da transferência da prestação de cuidados entre as equipas cuidadoras (as de saúde familiar das USF e da ECCL) assenta num processo de apreciação/discussão conjunta e articulação efectiva entre todos os intervenientes.

Não obstante, pode a equipa de saúde familiar, USF ou outra, encontrar forma de responder adequada e atempadamente aos utentes com necessidades de cuidados continuados nos quais se verifique, no todo ou em parte, alguma das situações anteriores. Neste caso, e após verificação do não comprometimento do seu compromisso assistencial, nomeadamente, o cumprimento da sua carteira básica de serviços, deverá ser contratualizada uma carteira adicional de serviços para o efeito, se a equipa para tal se disponibilizar.

### ***EQUIPA COMUNITÁRIA DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS***

A ECSCP é um núcleo especializado da ECCL, multidisciplinar, com formação específica em cuidados paliativos e deve integrar, no mínimo, um médico e um enfermeiro. Tem por finalidade prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às ECCL e às unidades de internamento de média e longa duração e manutenção, designadamente:

- Formação em cuidados paliativos dirigida às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários;
- A avaliação integral do doente;
- Tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos;
- A gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e níveis de saúde e sociais;
- Assessoria e apoio às equipas de cuidados continuados integrados;
- Assessoria aos familiares e / ou cuidadores.

Por se tratar de uma área de actuação muito específica, estes cuidados constituirão, para o ACS, carteira adicional de serviços, apesar de se poder prever o recurso às Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos em complementaridade ou substituição.

### ***INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS***

Associado ao processo de constituição das ECCL deverá ser previsto nos CS, tendo em conta o desenvolvimento de práticas seguras e de qualidade, assim como, a resposta

atempada às necessidades de saúde da população, instalações e equipamentos adequados, de forma gradual, designadamente:

- Sala(s) de trabalho para os profissionais das equipas domiciliárias;
- Sistema de Informação (hardware e software)
- Local(is) de armazenamento de medicamentos e material de consumo clínico necessários à actividade
- Medicamentos e material de consumo clínico
- Disponibilização de telemóvel(is)
- Disponibilização de viatura(s)
- Ajudas técnicas

Esta área deverá ser alvo atenção especial e de negociação entre as ARS, a RNCCI, a Segurança Social e a Autarquia, em conformidade com a alocação de recursos, na medida em que condicionam o funcionamento das equipas e, em grande parte, os resultados por elas obtidos, designadamente no que se refere às ajudas técnicas, para a pessoa dependente, e disponibilização atempada de viaturas, para deslocação dos profissionais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução técnico-científica e social, implicou várias alterações que lançaram ao Homem o desafio de viver mais tempo com funcionalidade. Daí decorrem igualmente constrangimentos como o stress, a violência, a poluição, os acidentes, os comportamentos de risco, o sedentarismo, o aumento das doenças incapacitantes que contrariam o potencial de saúde e que põem em causa a autonomia e a independência do indivíduo. Estes constrangimentos levantam questões específicas quanto à adequação da prestação de cuidados e às características particulares dos portadores de doenças incapacitantes e geradoras de dependências.

Têm, pois, estes cidadãos, direito a uma resposta humanizada e que lhe garanta cuidados continuados, tal como consagrado na Carta de Direitos e Deveres dos Doentes (1998), adequados à sua circunstância de vida e de saúde, quer sejam cuidados de natureza preventiva, curativa, de reabilitação, manutenção ou paliativos.

Importa reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de acções cada vez mais próximas dos cidadãos.

Esperamos que a implementação das ECCI contribua e concretize a resposta às reais necessidades em cuidados domiciliários da população e traduza a importância reconhecida internacionalmente que esse apoio potencia e condiciona a permanência dos utentes no seu contexto domiciliário.