

7 — Referências às normas harmonizadas aplicáveis utilizadas ou às outras especificações técnicas em relação às quais é declarada a conformidade:

8 — O organismo notificado: (nome, número) efetuou ... (descrição da intervenção) e emitiu o certificado:

9 — Informações complementares:

Assinado por e em nome de:

(local e data da emissão):

(nome, cargo) (assinatura):

<sup>(1)</sup> É facultativo para o fabricante atribuir um número à Declaração.

#### ANEXO IV

##### Formato de registo referido no artigo 27.º, n.º 4

Número de registo	Data da emissão do certificado de exame CE de tipo (módulo B), do certificado de conformidade (módulo G) ou da aprovação do sistema de qualidade (módulo H) e data de expiração, se for caso disso.	Fabricante	Tipo de produto (genérico) e subtipo, se for caso disso	Módulo de conformidade da fase de produção (1)	Organismo notificado que realiza a avaliação de conformidade da fase de produção (1).	Informações adicionais

(1) Deve ser sempre preenchido se for da responsabilidade do organismo notificado que leva a cabo o procedimento de avaliação da conformidade referido na alínea a) do artigo 18.º (módulo B). Não é necessário relativamente aos procedimentos de avaliação da conformidade referidos nas alíneas b) e c) do artigo 18.º (módulos G e H). Caso haja envolvimento de outro organismo notificado, esse facto deve ser referido (se for conhecido).

## MINISTÉRIO DA SAÚDE

### Decreto-Lei n.º 136/2015

de 28 de julho

O Programa do XIX Governo Constitucional define como medida, no âmbito do Ministério da Saúde, o aproveitamento dos meios já existentes, com o reforço dos cuidados continuados, por metas faseadas, e o desenvolvimento de uma rede de âmbito nacional de cuidados paliativos.

A Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, define a responsabilidade do Estado em matéria de cuidados paliativos e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP). Esta rede funcional integrada no Ministério da Saúde visa desenvolver, fomentar, articular e coordenar a prestação de cuidados paliativos no âmbito do Sistema Nacional de Saúde, complementar da rede hospitalar, da rede de cuidados de saúde primários e da rede de cuidados continuados integrados.

Neste sentido, e na sequência da regulamentação da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, designadamente através do Decreto-Lei n.º 173/2014, de 19 de novembro, clarifica-se através do presente decreto-lei que as unidades e equipas em cuidados paliativos deixam de estar integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), assegurando a necessária articulação entre as duas Redes, refletida já na referida lei.

O presente decreto-lei prevê, assim, que as unidades da RNCCI podem coexistir com as unidades da RNCP, que a Rede Nacional de Cuidados Integrados pode integrar as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos e que as unidades e serviços da RNCCI, em função das necessidades, podem prestar ações paliativas, como parte da promoção do bem-estar dos utentes.

No que respeita às unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental prevê-se que as mesmas estão integradas na RNCCI, sendo coordenadas pelas mesmas estruturas.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

#### Artigo 1.º

##### Objeto

O presente decreto-lei procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, e à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro, que cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental.

#### Artigo 2.º

##### Alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho

Os artigos 2.º, 3.º, 5.º, 12.º, 27.º, 31.º, 32.º, 34.º, 44.º, 47.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, passam a ter a seguinte redação:

#### «Artigo 2.º

[...]

1 — A Rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais.

2 — A Rede é ainda constituída pelo conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental criado pelo Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro.

3 — A Rede pode também integrar equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, nos termos do n.º 2 da Base XVIII da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro.

4 — [Anterior n.º 2].

#### Artigo 3.º

[...]

[...]:

a) [...];

b) ‘Cuidados paliativos’ os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais;

c) ‘Ações paliativas’ as medidas terapêuticas sem intuito curativo, isoladas e praticadas por profissionais sem preparação específica, que visam minorar, em in-

ternamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente, nomeadamente em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva;

- d) [...];
- e) [...];
- f) [...];
- g) [...];
- h) [...];
- i) [...];
- j) [...];
- l) [...];
- m) [...];
- n) [...];
- o) [...].

#### Artigo 5.º

[...]

1 — [...].

2 — As unidades da Rede podem coexistir com as unidades de cuidados paliativos previstas na Base XVI da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro.

#### Artigo 12.º

[...]

1 — [...].

2 — [...].

a) [...];

b) [...];

c) [...].

d) [Revogada].

3 — [...].

4 — São equipas hospitalares as equipas de gestão de altas.

5 — São equipas domiciliárias as equipas de cuidados continuados integrados.

#### Artigo 27.º

[...]

1 — [...].

2 — [...].

3 — [...].

4 — As equipas de cuidados continuados integrados são constituídas no âmbito das unidades de cuidados na comunidade, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro.

5 — As equipas de cuidados continuados integrados podem integrar as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos previstas na Base XVIII da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro.

#### Artigo 31.º

[...]

1 — [Anterior corpo do artigo].

2 — A existência de comorbilidade de foro mental ou a deficiência mental não são fatores de exclusão para admissão nas tipologias de resposta da Rede que se afigurem mais adequadas às necessidades de reabilitação motora ou outras ações que possam ser prestadas na Rede.

#### Artigo 32.º

[...]

1 — [...].

2 — [...].

3 — [...].

4 — [...].

5 — [Revogado].

6 — [...].

7 — [Revogado].

8 — [...].

9 — [...].

10 — As regras de referenciação na Rede e de admissão nas unidades e equipas são definidas por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e da segurança social.

#### Artigo 34.º

[...]

1 — [...].

2 — As unidades e equipas da Rede devem articular-se com as unidades de tratamento da dor e de paliativos criadas segundo as normas do Programa Nacional de Luta contra a Dor, do Plano Nacional de Saúde e da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos.

3 — [...].

4 — As unidades e serviços da Rede, em função das necessidades, podem prestar ações paliativas, como parte da promoção do bem-estar dos utentes, nos termos do n.º 3 da Base XIV da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro.

5 — Os serviços da Rede, segundo as características e o volume de necessidades, podem diferenciar-se de acordo com diferentes patologias e organizar-se internamente segundo os graus de dependência das pessoas, designadamente para dar respostas específicas na área pediátrica e na área da saúde mental.

6 — Para além das unidades e equipas previstas no n.º 2 do artigo 2.º, os serviços da Rede podem também diferenciar-se para dar outras respostas específicas na área da saúde mental nomeadamente dirigidas a demências e deficiência mental.

#### Artigo 44.º

[...]

1 — Compete à Entidade Reguladora da Saúde promover a publicação, nos órgãos da imprensa de maior expansão na localidade da sede da unidade ou equipa da Rede, dos seguintes atos:

a) Concessão, suspensão, substituição, cessação ou caducidade do alvará;

b) Decisão do encerramento da unidade ou fim da atividade da equipa.

2 — A Entidade Reguladora da Saúde deve comunicar previamente às administrações regionais de saúde e aos centros distritais de segurança social das decisões previstas na alínea b) do número anterior, para efeitos do disposto no número seguinte.

3 — [Anterior n.º 2].

## Artigo 47.º

[...]

1 — [...]:

a) As unidades de convalescença e as equipas de gestão de altas são integralmente da responsabilidade do Ministério da Saúde, sendo o financiamento das unidades públicas incluído no contrato-programa celebrado com o respetivo hospital, centro hospitalar ou unidade local de saúde;

b) [...];

c) [...].

2 — [...].

3 — [...].

4 — [...].»

## Artigo 3.º

## Alteração ao Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro

Os artigos 1.º e 6.º do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro, passam a ter a seguinte redação:

## «Artigo 1.º

[...]

1 — [...].

2 — O conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, inclui unidades residenciais, unidades sócio ocupacionais e equipas de apoio domiciliário, que estão integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e articulam-se com os serviços locais de saúde mental (SLSM).

## Artigo 6.º

[...]

1 — A coordenação das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental é assegurada a nível nacional e regional pela coordenação a nível nacional, e a nível regional e local, da RNCCI.

2 — A organização das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental obedece a critérios de complementaridade e ao princípio do respeito da prevalência do interesse da pessoa incapaz e é definida por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e da segurança social, de acordo com os princípios previstos no artigo 3.º, abrangendo, nomeadamente:

a) A necessária articulação com os parceiros que colaboram na prestação de cuidados continuados de saúde mental, bem como com outras entidades que considerem pertinentes para o exercício das suas competências;

b) [...];

c) [...];

d) [...];

e) [...];

f) [...];

g) [...].»

## Artigo 4.º

## Norma revogatória

É revogada a alínea d) do n.º 2 do artigo 12.º, os artigos 19.º, 20.º, 25.º, 26.º, 29.º, 30.º e os n.ºs 5 e 7 do artigo 32.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

## Artigo 5.º

## Republicação

1 — É republicado em anexo ao presente decreto-lei, do qual faz parte integrante, o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, com a redação atual.

2 — Para efeitos de republicação onde se lê: «despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde», «portaria dos Ministros de Estado e das Finanças, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde» e «Trabalho e da Solidariedade Social» deve ler-se, respetivamente «despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e da segurança social», «portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da saúde e da segurança social» e «Solidariedade, Emprego e Segurança Social».

## Artigo 6.º

## Entrada em vigor

O presente decreto-lei entra em vigor no prazo de 30 dias após a sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 7 de maio de 2015. — *Pedro Passos Coelho* — *Maria Luís Casanova Morgado Dias de Albuquerque* — *Paulo José de Ribeiro Moita de Macedo* — *Luís Pedro Russo da Mota Soares*.

Promulgado em 10 de julho de 2015.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 14 de julho de 2015.

O Primeiro-Ministro, *Pedro Passos Coelho*.

## ANEXO

(a que se refere o artigo 5.º)

## Republicação do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho

## CAPÍTULO I

## Disposições gerais

## Artigo 1.º

## Objeto e âmbito de aplicação

1 — É criada, pelo presente decreto-lei, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, adiante designada por Rede.

2 — O presente decreto-lei aplica-se às entidades integradas na Rede.

## Artigo 2.º

## Composição da Rede

1 — A Rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais.

2 — A Rede é ainda constituída pelo conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental criado pelo Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro.

3 — A Rede pode também integrar equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, nos termos do n.º 2 da Base XVIII da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro.

4 — A Rede organiza-se em dois níveis territoriais de operacionalização, regional e local.

### Artigo 3.º

#### Definições

Para efeitos do presente decreto-lei entende-se por:

a) «Cuidados continuados integrados» o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo 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;

b) «Cuidados paliativos» os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais;

c) «Ações paliativas» as medidas terapêuticas sem intuito curativo, isoladas e praticadas por profissionais sem preparação específica, 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 incurável ou grave, em fase avançada e progressiva;

d) «Continuidade dos cuidados» a sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de 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) «Multidisciplinaridade» a complementaridade de atuação entre diferentes especialidades profissionais;

g) «Interdisciplinaridade» a definição e assunção de objetivos comuns, orientadores das atuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados;

h) «Dependência» a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária;

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

j) «Doença crónica» a doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos mul-

tidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afetada;

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

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

n) «Serviço comunitário de proximidade» a estrutura funcional criada através de parceria formal entre instituições locais de saúde, de segurança social e outras comunitárias para colaboração na prestação de cuidados continuados integrados, constituído pelas unidades de saúde familiar, ou, enquanto estas não existirem, pelo próprio centro de saúde, pelos serviços locais de segurança social, pelas autarquias locais e por outros serviços públicos, sociais e privados de apoio comunitário que a ele queiram aderir;

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

### Artigo 4.º

#### Objetivos

1 — Constitui objetivo geral da Rede a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

2 — Constituem objetivos específicos da Rede:

a) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;

b) A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;

c) O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;

d) A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;

e) O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;

f) A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;

g) A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência, em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.

### Artigo 5.º

#### Cuidados continuados integrados

1 — Os cuidados continuados integrados incluem-se no Serviço Nacional de Saúde e no sistema de segurança social, assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, entendidos como o processo ativo e contínuo,

por período que se prolonga para além do necessário para tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, e compreendem:

- a) A reabilitação, a readaptação e a reintegração social;
- b) A provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis.

2 — As unidades da Rede podem coexistir com as unidades de cuidados paliativos previstas na Base XVI da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro.

## CAPÍTULO II

### Princípios e direitos

#### Artigo 6.º

##### Princípios

A Rede baseia-se no respeito pelos seguintes princípios:

- a) Prestação individualizada e humanizada de cuidados;
- b) Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede;
- c) Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede;
- d) Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade;
- e) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados;
- f) Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia;
- g) Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia;
- h) Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede;
- i) Participação e corresponsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados;
- j) Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

#### Artigo 7.º

##### Direitos

A Rede assenta na garantia do direito da pessoa em situação de dependência:

- 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 efetuadas.

## CAPÍTULO III

### Modelo e coordenação da Rede

#### Artigo 8.º

##### Modelo de intervenção

A Rede baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada que prevê diferentes tipos de unidades e equi-

pas para a prestação de cuidados de saúde e ou de apoio social e assenta nas seguintes bases de funcionamento:

- a) Interceção com os diferentes níveis de cuidados do sistema de saúde e articulação prioritária com os diversos serviços e equipamentos do sistema de segurança social;
- b) Articulação em rede garantindo a flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas de cuidados;
- c) Coordenação entre os diferentes setores e recursos locais;
- d) Organização mediante modelos de gestão que garantam uma prestação de cuidados efetivos, eficazes e oportunos visando a satisfação das pessoas e que favoreçam a otimização dos recursos locais;
- e) Intervenção baseada no plano individual de cuidados e no cumprimento de objetivos.

#### Artigo 9.º

##### Coordenação da Rede

1 — A coordenação da Rede processa-se a nível nacional, sem prejuízo da coordenação operativa, regional e local.

2 — A coordenação da Rede a nível nacional é definida, em termos de constituição e competências, por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e da segurança social.

3 — A coordenação da Rede a nível regional é assegurada por cinco equipas constituídas, respetivamente, por representantes de cada administração regional de saúde e dos centros distritais de segurança social nos termos a definir por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e da segurança social.

4 — A coordenação da Rede aos níveis nacional e regional deve promover a articulação com os parceiros que integram a Rede, bem como com outras entidades que considerem pertinentes para o exercício das suas competências.

5 — A coordenação da Rede a nível local é assegurada por uma ou mais equipas, em princípio de âmbito concelhio, podendo, designadamente nos concelhos de Lisboa, Porto e Coimbra, coincidir com uma freguesia ou agrupamento de freguesias.

6 — As equipas coordenadoras locais são constituídas por representantes da administração regional de saúde e da segurança social, devendo integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um assistente social e, facultativamente, um representante da autarquia local.

#### Artigo 10.º

##### Competências a nível regional

As equipas coordenadoras regionais articulam com a coordenação aos níveis nacional e local, asseguram o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da Rede, competindo-lhes, designadamente:

- a) Elaborar proposta de planeamento das respostas necessárias e propor a nível central os planos de ação anuais para o desenvolvimento da Rede e a sua adequação periódica às necessidades;
- b) Orientar e consolidar os planos orçamentados de ação anuais e respetivos relatórios de execução e submetê-los à coordenação nacional;

c) Promover formação específica e permanente dos diversos profissionais envolvidos na prestação dos cuidados continuados integrados;

d) Promover a celebração de contratos para implementação e funcionamento das unidades e equipas que se propõem integrar a Rede;

e) Acompanhar, avaliar e realizar o controlo de resultados da execução dos contratos para a prestação de cuidados continuados, verificando a conformidade das atividades prosseguidas com as autorizadas no alvará de licenciamento e em acordos de cooperação;

f) Promover a avaliação da qualidade do funcionamento, dos processos e dos resultados das unidades e equipas e propor as medidas corretivas consideradas convenientes para o bom funcionamento das mesmas;

g) Garantir a articulação com e entre os grupos coordenadores locais;

h) Alimentar o sistema de informação que suporta a gestão da Rede;

i) 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 local

A(s) equipa(s) coordenadora(s) local(ais) articula(m) com a coordenação a nível regional, assegura(m) o acompanhamento e a avaliação da Rede a nível local, bem como a articulação e coordenação dos recursos e atividades, no seu âmbito de referência, competindo-lhes, designadamente:

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

b) Consolidar os planos orçamentados de ação anuais, elaborar os respetivos relatórios de execução e submetê-los à coordenação regional;

c) Divulgar informação atualizada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da Rede;

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

e) Promover o estabelecimento de parcerias para a prestação de cuidados continuados no respetivo serviço comunitário de proximidade;

f) Promover o processo de admissão ou readmissão nas unidades e equipas da Rede;

g) Alimentar o sistema de informação que suporta a gestão da Rede.

### CAPÍTULO IV

#### Tipologia da Rede

##### Artigo 12.º

##### Tipos de serviços

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

- a) Unidades de internamento;
- b) Unidades de ambulatório;
- c) Equipas hospitalares;
- d) Equipas domiciliárias.

2 — Constituem unidades de internamento as:

- a) Unidades de convalescença;
- b) Unidades de média duração e reabilitação;
- c) Unidades de longa duração e manutenção;
- d) [Revogada].

3 — Constitui unidade de ambulatório a unidade de dia e de promoção da autonomia.

4 — São equipas hospitalares as equipas de gestão de altas.

5 — São equipas domiciliárias as equipas de cuidados continuados integrados.

### SECÇÃO I

#### Unidade de convalescença

##### Artigo 13.º

##### Caracterização

1 — A unidade de convalescença é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.

2 — A unidade de convalescença tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos.

3 — A unidade de convalescença destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão.

4 — A unidade de convalescença pode coexistir simultaneamente com a unidade de média duração e reabilitação.

##### Artigo 14.º

##### Serviços

A unidade de convalescença assegura, sob a direção de um médico, designadamente:

- a) Cuidados médicos permanentes;
- 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) Apoio psicossocial;
- g) Higiene, conforto e alimentação;
- h) Convívio e lazer.

### SECÇÃO II

#### Unidade de média duração e reabilitação

##### Artigo 15.º

##### Caracterização

1 — A unidade de média duração e reabilitação é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial,

por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo 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 integral da pessoa que se encontra 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 convalescença ou com a unidade de longa duração.

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

#### Artigo 16.º

##### Serviços

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

- a) Cuidados médicos diários;
- b) Cuidados de enfermagem permanentes;
- c) Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional;
- d) Prescrição e administração de fármacos;
- e) Apoio psicossocial;
- f) Higiene, conforto e alimentação;
- g) Convívio e lazer.

#### SECÇÃO III

##### Unidade de longa duração e manutenção

#### Artigo 17.º

##### Caracterização

1 — A unidade de longa duração e manutenção 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 18.º

##### Serviços

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

- a) Atividades 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 e de terapia ocupacional;
- h) Animação sociocultural;
- i) Higiene, conforto e alimentação;
- j) Apoio no desempenho das atividades da vida diária;
- l) Apoio nas atividades instrumentais da vida diária.

#### SECÇÃO IV

##### Unidade de cuidados paliativos

#### Artigo 19.º

##### Caracterização

[Revogado].

#### Artigo 20.º

##### Serviços

[Revogado].

#### SECÇÃO V

##### Unidade de dia e de promoção da autonomia

#### Artigo 21.º

##### Caracterização

1 — A unidade de dia e de promoção da autonomia é uma unidade para a prestação de cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatorio, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.

2 — A unidade de dia e de promoção da autonomia deve articular-se com unidades da Rede ou com respostas sociais já existentes, em termos a definir.

3 — A unidade de dia e de promoção da autonomia funciona oito horas por dia, no mínimo nos dias úteis.

#### Artigo 22.º

##### Serviços

A unidade de dia e de promoção da autonomia assegura, designadamente:

- a) Atividades de manutenção e de estimulação;
- b) Cuidados médicos;
- c) Cuidados de enfermagem periódicos;
- d) Controlo fisiátrico periódico;
- e) Apoio psicossocial;
- f) Animação sociocultural;
- g) Alimentação;
- h) Higiene pessoal, quando necessária.

#### SECÇÃO VI

##### Equipa de gestão de altas

#### Artigo 23.º

##### Caracterização

1 — A equipa de gestão de altas é uma equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospi-

talares com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência hospitalar.

2 — A equipa de gestão de altas encontra-se sediada em hospital de agudos e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um assistente social.

#### Artigo 24.º

##### Serviços

A equipa de gestão de altas assegura, designadamente:

- a) A articulação com as equipas terapêuticas hospitalares de agudos para a programação de altas hospitalares;
- b) A articulação com as equipas coordenadoras distritais e locais da Rede;
- c) A articulação com as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde do seu âmbito de abrangência.

#### SECÇÃO VII

##### Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos

#### Artigo 25.º

##### Caracterização

[Revogado].

#### Artigo 26.º

##### Serviços

[Revogado].

#### SECÇÃO VIII

##### Equipa de cuidados continuados integrados

#### Artigo 27.º

##### Caracterização

1 — A equipa de cuidados continuados integrados é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários 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.

2 — A avaliação integral referida no número anterior é efetuada em articulação com o centro de saúde e a entidade que presta apoio social.

3 — A equipa de cuidados continuados integrados apoia-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada centro de saúde, conjugados com os serviços comunitários, nomeadamente as autarquias locais.

4 — As equipas de cuidados continuados integrados são constituídas no âmbito das unidades de cuidados na comunidade, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro.

5 — As equipas de cuidados continuados integrados podem integrar as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos previstas na Base XVIII da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro.

#### Artigo 28.º

##### Serviços

A equipa de cuidados continuados integrados assegura, designadamente:

- a) Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas e regulares e ter por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa;
- 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 atividades da vida diária;
- g) Apoio nas atividades instrumentais da vida diária;
- h) Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

#### SECÇÃO IX

##### Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos

#### Artigo 29.º

##### Caracterização

[Revogado].

#### Artigo 30.º

##### Serviços

[Revogado].

#### CAPÍTULO V

##### Acesso à Rede, ingresso e mobilidade

#### Artigo 31.º

##### Acesso à Rede

1 — São destinatários das unidades e equipas 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) Idosas com critérios de fragilidade;
- d) Incapacidade grave, com forte impacto psicossocial;
- e) Doença severa, em fase avançada ou terminal.

2 — A existência de comorbilidade de foro mental ou a deficiência mental não são fatores de exclusão para admissão nas tipologias de resposta da Rede que se afigurem mais adequadas às necessidades de reabilitação motora ou outras ações que possam ser prestadas na Rede.



## Artigo 32.º

**Ingresso na Rede**

1 — O ingresso na Rede é efetuado através de proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados ou das equipas de gestão de altas, na decorrência de diagnóstico da situação de dependência.

2 — A admissão nas unidades de convalescença e nas unidades de média duração e reabilitação é solicitada, preferencialmente, pela equipa de gestão de altas na decorrência de diagnóstico da situação de dependência elaborado pela equipa que preparou a alta hospitalar.

3 — A admissão nas unidades de média duração e reabilitação é, ainda, determinada pela equipa coordenadora local.

4 — A admissão nas unidades de longa duração e manutenção e nas unidades de dia e de promoção da autonomia, é determinada pela equipa coordenadora local, na decorrência de diagnóstico de situação de dependência por elas efetuado.

5 — [Revogado].

6 — A admissão nas unidades de internamento depende, ainda, da impossibilidade de prestação de cuidados no domicílio e da não justificação de internamento em hospital de agudos.

7 — [Revogado].

8 — A admissão nas equipas prestadoras de cuidados continuados integrados é feita sob proposta dos médicos do centro de saúde correspondente, ou das equipas de gestão de altas dos hospitais de referência da zona.

9 — Quando se preveja a necessidade de cuidados de apoio social, a proposta é determinada pelo responsável social da equipa de coordenação local da referida área.

10 — As regras de referência na Rede e de admissão nas unidades e equipas são definidas por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e da segurança social.

## Artigo 33.º

**Mobilidade na Rede**

1 — Esgotado o prazo de internamento fixado e não atingidos os objetivos terapêuticos, deve o responsável da unidade ou equipa da Rede preparar a alta, tendo em vista o ingresso da pessoa na unidade ou equipa da Rede mais adequada, com vista a atingir a melhoria ou recuperação clínica, ganhos visíveis na autonomia ou bem-estar e na qualidade da vida.

2 — A preparação da alta, a que se refere o número anterior, deve ser iniciada com uma antecedência suficiente que permita a elaboração de informação clínica e social, que habilite a elaboração do plano individual de cuidados, bem como a sequencialidade da prestação de cuidados, aquando do ingresso noutra unidade ou equipa da Rede.

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.

## CAPÍTULO VI

**Organização**

## Artigo 34.º

**Organização**

1 — As unidades da Rede são criadas por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde

e da segurança social, mediante proposta da coordenação nacional 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 — As unidades e equipas da Rede devem articular-se com as unidades de tratamento da dor e de paliativos criadas segundo as normas do Programa Nacional de Luta contra a Dor, do Plano Nacional de Saúde e da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos.

3 — Em função das necessidades, e com vista à racionalização e coordenação dos recursos locais, as unidades da Rede podem ser organizadas e combinadas de forma mista, desde que assegurem os espaços, equipamentos e outros recursos específicos de cada resposta, sem prejuízo da eficaz e eficiente prestação continuada e integrada de cuidados.

4 — As unidades e serviços da Rede, em função das necessidades, podem prestar ações paliativas, como parte da promoção do bem-estar dos utentes, nos termos do n.º 3 da Base XIV da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro.

5 — Os serviços da Rede, segundo as características e o volume de necessidades, podem diferenciar-se de acordo com diferentes patologias e organizar-se internamente segundo os graus de dependência das pessoas, designadamente para dar respostas específicas na área pediátrica e na área da saúde mental.

6 — Para além das unidades e equipas previstas no n.º 2 do artigo 2.º, os serviços da Rede podem também diferenciar-se para dar outras respostas específicas na área da saúde mental nomeadamente dirigidas a demências e deficiência mental.

## Artigo 35.º

**Instrumentos de utilização comum**

1 — A gestão da Rede assenta num sistema de informação a criar por diploma próprio.

2 — 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) O registo de admissão;
- b) As informações de alta;
- c) O diagnóstico das necessidades da pessoa em situação de dependência;
- d) O plano individual de intervenção;
- e) O registo de avaliação semanal e eventual aferição do plano individual de intervenção.

3 — O diagnóstico da situação de dependência constitui o suporte da definição dos planos individuais de intervenção, obedecendo a um instrumento único de avaliação da dependência, a definir por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e da segurança social, de aplicação obrigatória nas unidades de média duração e reabilitação, nas unidades de longa duração e manutenção e nas unidades de dia e de promoção da autonomia.

4 — Os instrumentos de utilização comum devem permitir a gestão uniforme dos diferentes níveis de coordenação da Rede.

## Artigo 36.º

**Entidades promotoras e gestoras**

1 — As entidades promotoras e gestoras das unidades e equipas da Rede revestem uma das seguintes formas:

- a) Entidades públicas dotadas de autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- b) Instituições particulares de solidariedade social e equiparadas, ou que prossigam fins idênticos;
- c) Entidades privadas com fins lucrativos;
- d) Centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

2 — O disposto no número anterior não prejudica a gestão de instituições do Serviço Nacional de Saúde, no seu todo ou em parte, por outras entidades, públicas ou privadas, mediante contrato de gestão ou em regime de convenção por grupos de profissionais, nos termos do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, e de acordo com o disposto no Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto.

## Artigo 37.º

**Obrigações das entidades promotoras e gestoras**

Constituem obrigações das entidades previstas no artigo anterior, perante as administrações regionais de saúde e os centros distritais de segurança social, as constantes do modelo de contratualização a aprovar, e ainda, designadamente:

- a) Prestar os cuidados e serviços definidos nos contratos para implementação e funcionamento das unidades e equipas da Rede;
- b) Facultar, às equipas coordenadoras da Rede, o acesso a todas as instalações das unidades e equipas, bem como às informações indispensáveis à avaliação e fiscalização do seu funcionamento;
- c) Remeter à equipa coordenadora regional da Rede, os mapas das pessoas em situação de dependência de forma anonimizada, por tipologia de resposta, o quadro de recursos humanos existentes nas unidades e equipas e o respetivo regulamento interno, para aprovação, até 30 dias antes da sua entrada em vigor;
- d) Comunicar à coordenação regional da Rede, com uma antecedência mínima de 90 dias, a cessação de atividade das unidades e equipas, sem prejuízo do tempo necessário ao encaminhamento e colocação das pessoas em situação de dependência.

## CAPÍTULO VII

**Qualidade e avaliação**

## Artigo 38.º

**Promoção e garantia da qualidade**

Os modelos de promoção e gestão da qualidade para aplicação obrigatória em cada uma das unidades e equipas da Rede são fixados por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e da segurança social.

## Artigo 39.º

**Avaliação**

As unidades e equipas da Rede estão sujeitas a um processo periódico de avaliação que integra a autoavaliação anual e a avaliação externa, da iniciativa da coordenação regional, nos termos a regulamentar por portaria do(s) ministro(s) competente(s) em razão da matéria.

## CAPÍTULO VIII

**Recursos humanos**

## Artigo 40.º

**Recursos humanos**

1 — A política de recursos humanos para as unidades e equipas da Rede rege-se por padrões de qualidade, substanciada através de formação inicial e contínua.

2 — A prestação de cuidados paliativos obriga a formação específica.

3 — A prestação de cuidados nas unidades e equipas da Rede é garantida por equipas multidisciplinares com dotações adequadas à garantia de uma prestação de cuidados seguros e de qualidade nos termos a regulamentar.

4 — As unidades e equipas da Rede podem, ainda, contar com a colaboração de voluntários devidamente selecionados, formados e enquadrados como prestadores de cuidados informais.

## CAPÍTULO IX

**Instalações e funcionamento**

## Artigo 41.º

**Condições de instalação**

As condições e requisitos de construção e segurança das instalações e das pessoas relativas a acessos, circulação, instalações técnicas e equipamentos e tratamento de resíduos das unidades da Rede, bem como os relativos à construção de raiz e à remodelação e adaptação dos edifícios, são objeto de regulamentação por portaria do(s) ministro(s) competente(s) em razão da matéria.

## Artigo 42.º

**Condições de funcionamento**

As condições e requisitos de funcionamento das unidades e equipas da Rede são objeto de regulamentação por portaria do(s) ministro(s) competente(s) em razão da matéria.

## CAPÍTULO X

**Fiscalização e licenciamento**

## Artigo 43.º

**Fiscalização e licenciamento**

O regime de fiscalização e licenciamento é estabelecido em diploma próprio.

## Artigo 44.º

**Publicidade dos atos**

1 — Compete à Entidade Reguladora da Saúde promover a publicação, nos órgãos da imprensa de maior expansão na localidade da sede da unidade ou equipa da Rede, dos seguintes atos:

a) Concessão, suspensão, substituição, cessação ou caducidade do alvará;

b) Decisão do encerramento da unidade ou fim da atividade da equipa.

2 — A Entidade Reguladora da Saúde deve comunicar previamente às administrações regionais de saúde e aos centros distritais de segurança social das decisões previstas na alínea b) do número anterior, para efeitos do disposto no número seguinte.

3 — Em caso de encerramento de uma unidade ou fim de atividade de uma equipa, devem as administrações regionais de saúde e os centros distritais de segurança social promover a afixação de aviso, na porta principal de acesso à unidade ou à sede da equipa, que se mantém durante 30 dias, indicando a unidade ou equipa substitutiva.

## Artigo 45.º

**Adaptação dos estabelecimentos e serviços existentes**

As unidades de apoio integrado criadas no âmbito do despacho conjunto n.º 407/98, de 15 de maio, bem como outros estabelecimentos e serviços idênticos que se encontrem em funcionamento à data da entrada em vigor do presente decreto-lei, ainda que detentores de alvará, serão progressivamente objeto de reconversão mediante prioridades estabelecidas, assegurando a continuidade da prestação de cuidados já existente.

## CAPÍTULO XI

**Financiamento da Rede**

## Artigo 46.º

**Financiamento**

O financiamento das unidades e equipas da Rede depende das condições de funcionamento das respostas, obedece ao princípio da diversificação das fontes de financiamento e da adequação seletiva mediante modelo de financiamento próprio, a aprovar por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da saúde e da segurança social.

## Artigo 47.º

**Modelo de financiamento**

1 — Os encargos decorrentes do funcionamento das respostas da Rede são repartidos pelos setores da saúde e da segurança social em função da tipologia dos cuidados prestados, nos seguintes termos:

a) As unidades de convalescença e as equipas de gestão de altas são integralmente da responsabilidade do Ministério da Saúde, sendo o financiamento das unidades públicas incluído no contrato-programa celebrado com o respetivo hospital, centro hospitalar ou unidade local de saúde;

b) As unidades de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, as unidades de dia e as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados são da responsabilidade dos dois setores em função da natureza dos cuidados prestados;

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 custo próprio para cada tipo de serviço.

3 — Os encargos com a prestação das unidades e equipas de cuidados continuados de saúde fazem parte integrante dos orçamentos das respetivas administrações regionais de saúde e os encargos com a prestação do apoio social dos orçamentos dos respetivos organismos do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social.

4 — A utilização das unidades de internamento de média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e das unidades de dia e de promoção da autonomia e equipas de cuidados continuados da Rede é comparticipada pela pessoa em situação de dependência em função do seu rendimento ou do seu agregado familiar.

## CAPÍTULO XII

**Disposições transitórias e finais**

## Artigo 48.º

**Aplicação progressiva**

1 — A Rede é implementada progressivamente e concretiza-se, no primeiro ano da entrada em vigor do presente decreto-lei, através de experiências piloto.

2 — A identificação e caracterização das unidades que integram a Rede são definidas por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da saúde e da segurança social.

## Artigo 49.º

**Norma transitória**

O despacho conjunto n.º 407/98, de 15 de maio, mantém-se em vigor no que se refere às respostas dirigidas às pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico e, transitoriamente, no que respeita às unidades de apoio integrado e apoio domiciliário integrado, até à sua substituição nos termos do artigo anterior.

## Artigo 50.º

**Norma revogatória**

São revogados:

a) A Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/2002, de 22 de março;

b) O Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de novembro.

## Artigo 51.º

**Entrada em vigor**

O presente decreto-lei entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.