

ou de contratação bilateral ou através de comercializadores não regulados e que ofereçam um valor de potência máxima interruptível não inferior a 4 MW, para todos os tipos de interruptibilidade. As dificuldades, entretanto, verificadas na apresentação da proposta e na definição das especificações técnicas dos equipamentos a instalar para a adesão ao serviço de interruptibilidade, levaram ao estabelecimento, através da Portaria n.º 1308/2010, de 23 de Dezembro, de um regime transitório que vigora entre 1 de Janeiro e 30 de Novembro de 2011, durante o qual será permitido contratar com o operador da rede de transporte a prestação do serviço de interruptibilidade no mercado livre, com dispensa dos requisitos previstos nas alíneas *c)* e *d)* do artigo 8.º da Portaria n.º 592/2010, de 29 de Julho. Para além deste regime a Portaria n.º 1308/2010, de 23 de Dezembro, introduziu também uma valorização da modulação na fórmula de remuneração definida pela Portaria n.º 592/2010, de 29 de Julho. Por outro lado, a Portaria n.º 1309/2010, de 23 de Dezembro, veio estabelecer o regime transitório aplicável durante o ano de 2011, à prestação do serviço de interruptibilidade por consumidores em MAT, AT e MT que, contratando a sua energia eléctrica directamente em mercado organizado, através de contratação bilateral ou através de comercializadores não regulados e que ofereçam um valor de potência máxima interruptível inferior a 4 MW e não inferior a 0,25 MW. Nestas condições, para que o consumidor que ofereça uma potência máxima interruptível superior a 4 MW não fique prejudicado relativamente aos consumidores abrangidos pela Portaria n.º 1309/2010, de 23 de Dezembro, excepção-se, durante o ano interruptível compreendido entre 1 de Novembro de 2010 e 31 de Outubro de 2011, a aplicação do prazo limite de 15 de Setembro previsto no n.º 2 do artigo 10.º da Portaria n.º 592/2010, de 29 de Julho para o pedido de formalização do contrato de adesão ao serviço de interruptibilidade.

A Portaria n.º 592/2010, de 29 de Julho, estabelece que os consumidores de energia eléctrica que desejem prestar o serviço de interruptibilidade devem preencher vários requisitos, sendo um deles o de não desenvolverem uma actividade que inclua serviços essenciais em que a aplicação do serviço de interruptibilidade possa pôr em risco a segurança de pessoas ou bens.

Para que o consumidor de energia eléctrica conheça antecipadamente as actividades para as quais não se verifica um dos requisitos exigidos para adesão ao serviço de interruptibilidade e simultaneamente poder facilitar a emissão da declaração confirmativa da situação de cada consumidor, para efeitos da celebração do contrato de adesão ao serviço de interruptibilidade, por parte da Direcção-Geral de Energia e Geologia, é aditado um anexo à Portaria n.º 592/2010, de 29 de Julho, em que se tipificam as actividades que incluem serviços essenciais em que a aplicação do serviço de interruptibilidade possa pôr em risco a segurança de pessoas ou bens.

Assim:

Manda o Governo, pelo Secretário de Estado da Energia e da Inovação, ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 172/2006, de 23 de Agosto, o seguinte:

Artigo 1.º

Pedido de adesão

Excepcionalmente, para os consumidores de energia eléctrica que desejem prestar o serviço de interruptibili-

dade durante o ano interruptível compreendido entre 1 de Novembro de 2010 e 31 de Outubro de 2011, não é aplicável o prazo previsto no n.º 2 do artigo 10.º da Portaria n.º 592/2010, de 29 de Julho.

Artigo 2.º

Serviços essenciais

É aditado o seguinte anexo à Portaria n.º 592/2010, de 29 de Julho, da qual passa a fazer parte integrante:

«ANEXO I

Serviços essenciais para efeitos da alínea *f)* do n.º 1 do artigo 8.º da Portaria n.º 592/2010:

- a) Iluminação pública a cargo das Administrações Públicas;
- b) Fornecimento de água;
- c) Fornecimento de energia eléctrica;
- d) Fornecimento de gás natural;
- e) Correios e telecomunicações;
- f) Recolha e tratamento de águas residuais;
- g) Gestão de resíduos sólidos urbanos;
- h) Serviços médicos e hospitalares;
- i) Serviços directamente vinculados à defesa nacional, às forças de segurança pública, aos bombeiros, à protecção civil;
- j) Transportes de serviço público e respectivos equipamentos e instalações dedicadas à segurança do tráfego terrestre, marítimo ou aéreo.»

Artigo 3.º

Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no seguinte à da sua publicação.

O Secretário de Estado da Energia e da Inovação, *José Carlos das Dores Zorrinho*, em 28 de Janeiro de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Decreto-Lei n.º 22/2011

de 10 de Fevereiro

O presente decreto-lei clarifica os termos da responsabilidade civil das unidades, equipas e pessoal da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental, criada pelo Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro. Este decreto-lei permitiu oferecer um novo conjunto de respostas de cuidados continuados integrados, destinadas especificamente a pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade.

A prática e a implementação desta rede de cuidados determinaram a necessidade de alguns ajustes no regime criado, nomeadamente quanto aos termos da responsabilidade civil das unidades e equipas aí previstas e do pessoal que as integra.

Além disso, entendeu-se ser mais pertinente remeter questões de natureza operacional para regulamentação do Governo, de forma a que o quadro de referência legal no domínio dos cuidados continuados integrados de saúde mental seja menos vulnerável a alterações pontuais.

No sentido da clarificação do regime vigente, opta-se também pela republicação do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro.

Finalmente, o presente decreto-lei procede ainda à alteração da composição do Conselho Nacional de Saúde Mental, criado pelo Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro, no sentido de incluir um representante das instituições particulares de solidariedade social com intervenção na área da saúde mental.

Assim:

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

Artigo 1.º

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

Os artigos 5.º, 9.º, 14.º e 16.º do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro, passam a ter a seguinte redacção:

«Artigo 5.º

[...]

1 —

2 — As unidades e equipas previstas no presente decreto-lei, bem como o pessoal que as integra, são responsáveis, nos termos do artigo 491.º do Código Civil, pelos danos causados pelas pessoas com as incapacidades mencionadas no artigo 2.º

Artigo 9.º

Unidades residenciais

1 — Constituem unidades residenciais:

- a*) Residências de treino de autonomia;
- b*) Residências autónomas de saúde mental;
- c*) Residências de apoio moderado;
- d*) Residências de apoio máximo.

2 — *(Anterior n.º 1.)*

3 — *(Anterior n.º 2.)*

Artigo 14.º

Unidades sócio-ocupacionais

1 —

2 —

3 — *(Revogado.)*

4 — *(Revogado.)*

5 —

Artigo 16.º

Equipas de apoio domiciliário

1 —

2 —»

Artigo 2.º

Alteração sistemática

São eliminadas as três secções em que se divide o capítulo II do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro, designado «Tipologias».

Artigo 3.º

Alteração ao Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro

O artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro, e pelo Decreto-Lei n.º 304/2009, de 22 de Outubro, passa a ter a seguinte redacção:

«Artigo 3.º

[...]

1 —

2 —

a)

b)

c)

d)

e)

f)

g)

h)

i)

j) Um representante das instituições particulares de solidariedade social, com intervenção na área da saúde mental;

l) *[Anterior alínea j).]*

m) *[Anterior alínea l).]*

n) *[Anterior alínea m).]*

o) *[Anterior alínea n).]*

p) *[Anterior alínea o).]*

q) *[Anterior alínea p).]*

r) *[Anterior alínea q).]*

3 —»

Artigo 4.º

Revogação ao Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro

São revogados o n.º 2 do artigo 8.º, os artigos 10.º, 11.º, 12.º, e 13.º e os n.ºs 3 e 4 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro.

Artigo 5.º

Republicação

É republicado, em anexo ao presente decreto-lei, do qual faz parte integrante, o Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro, com a redacção actual.

Artigo 6.º

Entrada em vigor

O presente decreto-lei entra em vigor no 1.º dia do mês seguinte ao da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 25 de Novembro de 2010. — *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa* — *Fernando Teixeira dos Santos* — *Pedro Manuel Dias de Jesus Marques* — *Ana Maria Teodoro Jorge*.

Promulgado em 26 de Janeiro de 2011.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 31 de Janeiro de 2011.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

ANEXO

(a que se refere o artigo 5.º)

Republicação do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objecto

1 — O presente decreto-lei cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade, adiante designadas como pessoas com incapacidade psicossocial.

2 — O referido conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados específicas de saúde mental, inclui unidades residenciais, unidades sócio ocupacionais e equipas de apoio domiciliário, e articula-se com os serviços locais de saúde mental (SLSM) e com a rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI).

Artigo 2.º

Definições

Para efeitos do disposto no presente decreto-lei, entende-se por:

a) «Autonomia», o conjunto de competências necessárias para o desempenho das actividades da vida diária, da vida social e relacional bem como para a tomada de decisões independentes ao longo do percurso da vida;

b) «Cuidador», a pessoa adulta, membro ou não da família, que cuida da pessoa com incapacidade psicossocial, com ou sem remuneração, no sentido de realizar e proporcionar as actividades da vida diária com vista a minorar ou até mesmo suprir o *deficit* de auto cuidado da pessoa que cuida;

c) «Cuidados continuados integrados de saúde mental», o conjunto de intervenções sequenciais de saúde mental e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na reabilitação e recuperação das pessoas com incapacidade psicossocial, entendida como o processo de reabilitação e de apoio social, activo e contínuo, que visa a promoção da autonomia e a melhoria da funcionalidade da pessoa em situação de dependência com vista à sua integração familiar e social;

d) «Dependência», a situação em que se encontra a pessoa com incapacidade psicossocial, que por falta ou perda de autonomia psíquica, ou intelectual ou física, resultante de doença mental grave, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária;

e) «Doença mental grave», doença psiquiátrica, que, pelas características e evolução do seu quadro clínico, afecta de forma prolongada ou contínua a funcionalidade da pessoa;

f) «Estrutura modular», a autonomização de um espaço físico dentro de uma estrutura física comum, de forma a recriar um ambiente próprio, tipo domicílio, o mais próximo do ambiente familiar;

g) «Funcionalidade», a capacidade da pessoa com doença mental grave, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, se relacionar com o meio envolvente e participar na vida social;

h) «Grau elevado de incapacidade psicossocial», a situação objectiva da pessoa com incapacidade psicossocial que apresente graves limitações funcionais ou cognitivas, com necessidade de apoio na higiene, alimentação e cuidados pessoais, na gestão do dinheiro e da medicação, reduzida mobilidade na comunidade, dificuldades relacionais acen-tuadas, incapacidade para reconhecer situações de perigo e desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e de terceiros;

i) «Grau moderado de incapacidade psicossocial», a situação objectiva da pessoa com incapacidade psicossocial que apresente limitações cognitivas ou funcionais medianas, com necessidade de supervisão regular na higiene, alimentação e cuidados pessoais, nas actividades de vida diária e doméstica, na gestão do dinheiro e da medicação, com dificuldades relacionais significativas mas não apresentando disfuncionalidades a nível da mobilidade na comunidade e da capacidade para reconhecer situações de perigo e desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e de terceiros;

j) «Grau reduzido de incapacidade psicossocial», a situação objectiva da pessoa com incapacidade psicossocial que apresente limitações cognitivas ligeiras, com necessidade de supervisão periódica na gestão do dinheiro e da medicação, e da organização da vida social e relacional, não apresentando disfuncionalidades a nível da mobilidade na comunidade, da autonomia funcional, da autonomia na higiene, alimentação e cuidados pessoais, nas actividades de vida diária e doméstica e da capacidade para reconhecer situações de perigo e desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e de terceiros;

l) «Incapacidade psicossocial», a situação objectiva de redução total ou parcial da capacidade da pessoa com doença mental grave para desempenhar as actividades da vida diária, no contexto social, familiar e profissional;

m) «Reabilitação psicossocial», o processo de desenvolvimento das capacidades psíquicas remanescentes e de aquisição de novas competências para o autocuidado, actividades de vida diária, relacionamento interpessoal, integração social e profissional e participação na comunidade;

n) «Recuperação», o processo que visa alcançar a auto-determinação e a procura de um caminho pessoal por parte das pessoas com problemas de saúde mental;

o) «Treino da autonomia», o conjunto de intervenções psicossociais destinado a promover a aquisição e ou a manutenção de competências para o desempenho, o mais independente possível, das actividades da vida diária e social.

Artigo 3.º

Princípios orientadores

Os cuidados continuados integrados de saúde mental são desenvolvidos de acordo com os seguintes princípios:

a) Consideração das necessidades globais, que permita o desenvolvimento das capacidades pessoais e a promoção da vida independente e de um papel activo na comunidade;

b) Respeito pela privacidade, confidencialidade e autodeterminação através do reconhecimento das decisões informadas acerca da própria vida;

c) Respeito pelos direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais, para o efectivo exercício da cidadania plena;

d) Respeito pela igualdade e proibição de discriminação com base no género, origem étnica ou social, idade, religião, ideologia ou outro qualquer estatuto;

e) Promoção de relações interpessoais significativas, e das redes de suporte social informal;

f) Envolvimento e participação dos familiares e de outros cuidadores;

g) Integração das unidades em contextos comunitários inclusivos e não estigmatizantes;

h) Localização preferencial das unidades no âmbito territorial dos SLSM, de forma a facilitar a articulação e a continuidade de cuidados;

i) Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas;

j) Eficiência e qualidade na prestação dos serviços.

Artigo 4.º

Objectivos das unidades e equipas

Constituem objectivos das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental:

a) A reabilitação e autonomia das pessoas com incapacidade psicossocial;

b) A manutenção ou reforço das competências e capacidades das pessoas com incapacidade psicossocial, com vista ao desenvolvimento do seu processo de recuperação;

c) A integração familiar e social das pessoas com incapacidade psicossocial;

d) A promoção de vida na comunidade tão independente quanto possível das pessoas com incapacidade psicossocial que residam nos hospitais psiquiátricos, instituições psiquiátricas do sector social e departamentos ou serviços de psiquiatria de hospitais;

e) A promoção e o reforço das capacidades das famílias e outros cuidadores das pessoas com incapacidade psicossocial, habilitando-as a lidar com as situações daí decorrentes, facilitando e incentivando o acompanhamento familiar e promovendo a sua participação e envolvimento na prestação de cuidados.

Artigo 5.º

Dever de sigilo e responsabilidade civil

1 — Estão obrigados ao dever de sigilo profissional todos os profissionais que, nos termos do presente decreto-lei, directa ou indirectamente, tomem conhecimento de informações relativas à situação clínica das pessoas com as incapacidades mencionadas no artigo 2.º

2 — As unidades e equipas previstas no presente decreto-lei, bem como o pessoal que as integra, são responsáveis, nos termos do artigo 491.º do Código Civil, pelos danos causados pelas pessoas com as incapacidades mencionadas no artigo 2.º

Artigo 6.º

Coordenação e organização

1 — A coordenação das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental é assegurada a nível nacional, sem prejuízo da coordenação operativa, regional e local nos termos a definir, quanto à constitui-

ção e competências das estruturas em causa, pela portaria referida no número seguinte.

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

a) A coordenação a nível nacional, regional e local e 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) As especificidades inerentes aos serviços prestados em cada tipologia, assim como os técnicos necessários, nos termos do n.º 4 do artigo 8.º;

c) A definição do instrumento único de avaliação do grau de incapacidade psicossocial, nos termos do n.º 2 do artigo 19.º;

d) A definição do instrumento único de avaliação da dependência, nos termos do n.º 3 do artigo 22.º;

e) Os modelos de promoção e gestão da qualidade para aplicação obrigatória em cada uma das unidades e equipas, nos termos do artigo 25.º;

f) O processo periódico de avaliação das unidades e equipas, nos termos do artigo 26.º;

g) A formação inicial e contínua dos recursos humanos das unidades e equipas, nos termos do n.º 1 do artigo 27.º;

h) A cooperação e colaboração entre as diversas unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental.

Artigo 7.º

Articulação com os serviços locais de saúde mental

1 — As unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental funcionam em articulação com os SLSM, previstos no artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro.

2 — Nos termos do disposto no número anterior, os SLSM devem assegurar, designadamente:

a) A referenciação das pessoas com incapacidade psicossocial para as unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, de acordo com o diploma referido no número anterior;

b) A prestação de cuidados de psiquiatria e de saúde mental às pessoas com incapacidade psicossocial integradas nas unidades e equipas, nos termos previstos no presente decreto-lei.

CAPÍTULO II

Tipologias

Artigo 8.º

Tipologia das unidades e equipas

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

a) Unidades residenciais;

b) Unidades sócio-ocupacionais;

c) Equipas de apoio domiciliário.

2 — *(Revogado.)*

3 — As diferentes tipologias são adaptadas às características de grupos etários específicos, nomeadamente da infância e adolescência.

4 — As especificidades inerentes aos serviços prestados em cada tipologia, assim como os técnicos necessários, são fixadas na portaria prevista no artigo 6.º

Artigo 9.º

Unidades residenciais

1 — Constituem unidades residenciais:

- a) Residências de treino de autonomia;
- b) Residências autónomas de saúde mental;
- c) Residências de apoio moderado;
- d) Residências de apoio máximo.

2 — As unidades residenciais têm obrigatoriamente direcção técnica, função desempenhada por técnico da área de saúde mental ou área social.

3 — As unidades residenciais apresentam diversos níveis de intensidade e periodicidade, e asseguram, designadamente, os seguintes serviços, de acordo com os níveis de complexidade das diferentes tipologias:

- a) Acesso a cuidados médicos gerais e da especialidade de psiquiatria;
- b) Cuidados de enfermagem gerais e especializados em saúde mental e psiquiátrica;
- c) Acesso e prestação a dispositivos médicos e meios de diagnóstico e terapêutica;
- d) Apoio psicossocial, de reabilitação e de integração na comunidade;
- e) Apoio a familiares e outros cuidadores;
- f) Actividades de vida diária e de lazer;
- g) Apoio de pessoal auxiliar;
- h) Transporte de doentes residentes para exames, consultas e tratamentos.

Artigo 10.º

(Revogado.)

Artigo 11.º

(Revogado.)

Artigo 12.º

(Revogado.)

Artigo 13.º

(Revogado.)

Artigo 14.º

Unidades sócio-ocupacionais

1 — A unidade sócio-ocupacional localiza-se na comunidade, em espaço físico próprio, sendo destinada a pessoas com moderado e reduzido grau de incapacidade psicossocial, clinicamente estabilizadas, mas com disfuncionalidades na área relacional, ocupacional e de integração social.

2 — A unidade sócio-ocupacional tem por finalidade a promoção de autonomia, a estabilidade emocional e a

participação social, com vista à integração social, familiar e profissional.

3 — *(Revogado.)*

4 — *(Revogado.)*

5 — As unidades sócio-ocupacionais têm uma direcção técnica, cuja função é desempenhada por técnico da área de saúde mental ou área social.

Artigo 15.º

Serviços

A unidade sócio-ocupacional assegura, designadamente, os seguintes serviços:

- a) Apoio e reabilitação psicossocial e nas actividades de vida diária;
- b) Apoio sócio-ocupacional, incluído convívio e lazer;
- c) Supervisão na gestão da medicação;
- d) Apoio aos familiares e outros cuidadores com vista à reintegração familiar;
- e) Apoio de grupos de auto-ajuda;
- f) Apoio e encaminhamento para serviços de formação e de integração profissional;
- g) Promoção de actividades sócio-culturais e desportivas em articulação com as autarquias, associações culturais, desportivas e recreativas ou outras estruturas da comunidade.

Artigo 16.º

Equipas de apoio domiciliário

1 — A equipa de apoio domiciliário em cuidados continuados integrados de saúde mental desenvolve as actividades necessárias de forma a:

- a) Maximizar a autonomia da pessoa com incapacidade psicossocial;
- b) Reforçar a sua rede de suporte social através da promoção de relações interpessoais significativas;
- c) Melhorar a sua integração social e o acesso aos recursos comunitários;
- d) Prevenir internamentos hospitalares e admissões em unidades residenciais;
- e) Sinalizar e encaminhar situações de descompensação para os SLSM;
- f) Apoiar a participação das famílias e outros cuidadores na prestação de cuidados no domicílio.

2 — As equipas de apoio domiciliário podem estar vinculadas e ser coordenadas tecnicamente por uma unidade residencial, uma unidade sócio-ocupacional, um agrupamento de centros de saúde (ACES) ou um SLSM.

Artigo 17.º

Serviços

A equipa de apoio domiciliário assegura, designadamente, os seguintes serviços:

- a) Acesso a apoio multiprofissional de saúde mental;
- b) Envolvimento dos familiares e outros cuidadores, quando necessário;
- c) Promoção da autonomia, através do apoio regular nos cuidados pessoais e nas actividades da vida diária, gestão doméstica e financeira, compras, confecção de alimentos, tratamento de roupas, manutenção da habitação, utilização dos transportes públicos e outros recursos comunitários;

- d) Supervisão na gestão da medicação;
- e) Promoção do acesso a actividades ocupacionais, de convívio ou de lazer.

CAPÍTULO III

Acesso, ingresso e mobilidade

Artigo 18.º

Acesso

São destinatários das unidades e equipas previstas no presente decreto-lei as pessoas com incapacidade psicossocial e necessidade de cuidados continuados integrados de saúde mental que:

- a) Se encontrem a viver na comunidade;
- b) Tenham alta das unidades de agudos dos hospitais psiquiátricos, das instituições psiquiátricas do sector social ou dos departamentos e serviços de psiquiatria e pedopsiquiatria dos hospitais;
- c) Tenham alta das unidades de internamento de longa duração, públicas ou privadas;
- d) Sejam referenciadas pelos SLSM.

Artigo 19.º

Ingresso

1 — A admissão nas unidades e equipas é determinada pela respectiva equipa coordenadora, sob proposta dos SLSM ou das instituições psiquiátricas do sector social.

2 — Para efeitos da proposta de ingresso nas unidades e equipas, o grau de incapacidade psicossocial é determinado através de um instrumento único de avaliação, definido na portaria prevista no artigo 6.º

Artigo 20.º

Mobilidade

1 — Esgotado o prazo de internamento fixado e não sendo atingidos os objectivos terapêuticos, deve o responsável da unidade ou equipa preparar a saída, em articulação com a respectiva equipa coordenadora e o SLSM, tendo em vista o ingresso da pessoa na unidade ou equipa mais adequada, procurando atingir a melhoria ou a recuperação, ganhos visíveis na autonomia ou bem-estar e na qualidade da vida.

2 — A preparação da saída, 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.

3 — Sempre que necessário, considerando a natureza do caso e a condição da pessoa, deve ser dado aos familiares e outros cuidadores conhecimento dos procedimentos previstos no número anterior.

CAPÍTULO IV

Organização

Artigo 21.º

Unidades de cuidados continuados integrados de saúde mental

1 — As unidades de cuidados continuados integrados de saúde mental (UCCISM) são criadas por despacho

dos membros do Governo responsáveis pelas áreas do trabalho, da solidariedade social e da saúde, a partir da adaptação ou reconversão de estruturas já existentes, ou a criar, vocacionadas para dar resposta exclusiva a situações específicas de incapacidade psicossocial.

2 — Em função das necessidades, e com vista à racionalização e coordenação dos recursos locais, as UCCISM podem integrar mais do que uma tipologia, 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.

3 — As UCCISM, segundo as características e o volume de necessidades, podem diferenciar-se de acordo com diferentes patologias e organizar-se internamente atendendo aos graus de dependência das pessoas.

Artigo 22.º

Instrumentos de utilização comum

1 — A gestão das unidades e equipas assenta num sistema de informação.

2 — Cada unidade ou serviço deve dispor de um processo individual de cuidados continuados integrados da pessoa em situação de incapacidade psicossocial, do qual deve constar:

- a) O registo de admissão;
- b) As informações de alta;
- c) O diagnóstico de necessidades;
- 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 incapacidade psicossocial constitui o suporte da definição dos planos individuais de intervenção, obedecendo a um instrumento único de avaliação da dependência, definido na portaria prevista no artigo 6.º

4 — Os instrumentos de utilização comum devem permitir a gestão uniforme dos diferentes níveis de coordenação das unidades e equipas.

5 — Os dados pessoais, incluindo clínicos, referidos no n.º 2 são introduzidos em suporte informático, só podendo ser tratados por profissionais de saúde ou outros técnicos também sujeitos a sigilo profissional.

6 — As bases de dados a constituir para a finalidade prevista no n.º 2 são criadas, desenvolvidas e mantidas, incluindo o seu necessário interface com as bases de dados da segurança social, nos termos da Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro, sendo o meio e o modo de acesso aos respectivos dados definidos por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, a emitir no prazo de 90 dias, a qual define igualmente as medidas de segurança referentes a operações inseridas no sistema de informação, quer no âmbito de cada tratamento quer a respeito de quaisquer comunicações de dados.

Artigo 23.º

Entidades promotoras e gestoras

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

- a) Entidades públicas dotadas de autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
- b) Entidades públicas empresariais;

- c) Instituições particulares de solidariedade social e equiparadas, ou que prossigam fins idênticos;
d) Entidades privadas com fins lucrativos.

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 24.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 do Instituto da Segurança Social, I. P., 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;

b) Facultar, à equipa coordenadora, o acesso a todas as instalações das unidades e equipas, bem como às informações indispensáveis à avaliação e auditoria do seu funcionamento;

c) Remeter à equipa coordenadora o quadro de recursos humanos existentes nas unidades e equipas e o respectivo regulamento interno, para aprovação, até 30 dias antes da sua entrada em vigor;

d) Comunicar à equipa coordenadora, com uma antecedência mínima de 90 dias, a cessação de actividade das unidades e equipas, sem prejuízo do tempo necessário ao encaminhamento e colocação das pessoas nelas residentes.

CAPÍTULO V

Qualidade e avaliação

Artigo 25.º

Promoção e garantia da qualidade

Os modelos de promoção e gestão da qualidade para aplicação obrigatória em cada uma das unidades e equipas são fixados na portaria prevista no artigo 6.º

Artigo 26.º

Avaliação

As unidades e equipas estão sujeitas a um processo periódico de avaliação que integra a auto-avaliação anual e a avaliação externa, da iniciativa da equipa coordenadora, nos termos definidos na portaria prevista no artigo 6.º

CAPÍTULO VI

Recursos humanos

Artigo 27.º

Recursos humanos

1 — A política de recursos humanos para as unidades e equipas rege-se por padrões de qualidade, consubstanciada

através de formação inicial e contínua, definida na portaria prevista no artigo 6.º

2 — A prestação de cuidados nas unidades e equipas é garantida por equipas multidisciplinares, podendo contar com a colaboração de voluntários devidamente seleccionados, formados e enquadrados como prestadores de cuidados informais.

CAPÍTULO VII

Instalações, funcionamento, fiscalização e licenciamento

Artigo 28.º

Instalações, funcionamento, fiscalização e licenciamento

1 — As condições e requisitos de construção, funcionamento, licenciamento e segurança das instalações e pessoas das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental obedecem ao estipulado na lei.

2 — As condições e requisitos a que se refere o número anterior, bem como o regime de fiscalização são definidos nos termos a regulamentar por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas do trabalho e da solidariedade social e da saúde.

CAPÍTULO VIII

Financiamento das unidades e equipas

Artigo 29.º

Financiamento

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

Artigo 30.º

Modelo de financiamento

1 — O financiamento das unidades e equipas é da responsabilidade dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, consoante a natureza dos cuidados prestados, nos seguintes termos:

a) O financiamento de cada tipo de serviços é específico, com preços adequados e revistos periodicamente, nos termos definidos na portaria prevista no artigo anterior;

b) O financiamento das diferentes unidades e equipas deve ser diferenciado através de métodos contabilísticos apropriados, designadamente com recursos a centros de custo próprios.

2 — Os encargos com a prestação das unidades e equipas de cuidados continuados de saúde mental fazem parte integrante dos orçamentos das respectivas administrações regionais de saúde e os encargos com a prestação do apoio social dos orçamentos dos respectivos organismos do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

3 — A utilização das unidades residenciais e das unidades sócio-ocupacionais ou do apoio ao domicílio é com-

participada pela pessoa com incapacidade psicossocial, na componente de apoio social, em função do seu rendimento ou do seu agregado familiar nos termos a regulamentar.

CAPÍTULO IX

Disposições transitórias e finais

Artigo 31.º

Aplicação progressiva

As unidades e equipas previstas no presente decreto-lei são implementadas progressivamente, através de experiências piloto a criar no período de 12 meses a contar da sua entrada em vigor.

Artigo 32.º

Regulamentação

O presente decreto-lei deve ser regulamentado no prazo de 90 dias após a sua entrada em vigor.

Artigo 33.º

Adaptação dos estabelecimentos e serviços existentes

1 — O despacho conjunto n.º 407/98, de 18 de Junho, mantém-se transitoriamente em vigor no que se refere às respostas já existentes dirigidas às pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico, até à sua reconversão nas unidades e equipas previstas no presente decreto-lei.

2 — As unidades de apoio integrado criadas no âmbito do despacho conjunto n.º 407/98, de 18 de Junho, bem como outros estabelecimentos e serviços idênticos que se encontrem em funcionamento à data da entrada em vigor do presente decreto-lei, são progressivamente objecto de reconversão, assegurando a continuidade da prestação de cuidados já existente.

3 — Os termos e as prioridades de reconversão são definidos por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas do trabalho, da solidariedade social e da Saúde.

4 — A reconversão das respostas, prevista no número anterior, deve ser concluída no prazo de 24 meses.

SUPREMO TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça n.º 3/2011

Processo n.º 61/10.4YFLSB — 3.ª

Acordam no Pleno das secções criminais do Supremo Tribunal de Justiça:

I

A — No processo n.º 40/06.6JBLSB F. L. 1 da 5.ª Secção do Tribunal da Relação de Lisboa, o arguido Fernando Kweseka Coelho, com os demais sinais dos autos, interpôs o presente recurso extraordinário para fixação de jurisprudência, apresentando as seguintes conclusões:

1 — No duto acórdão de que se recorre, decidiu-se [que] o arguido já notificado da acusação não deve ser notificado do despacho do MP que nos termos do n.º 5 do artigo 283.º do CPP ordena o prosseguimento dos autos,

iniciando-se o prazo de abertura de instrução com prolação desse despacho.

2 — Esta decisão está em oposição com uma outra proferida pelo Tribunal da Relação de Lisboa, na 9.ª Secção, em 10 de Julho de 2003, no processo n.º 6205/2003-9.

3 — Neste duto aresto, agora fundamento, contrariamente, decidiu-se que aos co-arguidos já notificados da acusação deve ser dado conhecimento do despacho proferido pelo MP que nos termos do n.º 5 do artigo 283.º ordena o prosseguimento dos autos, iniciando com essa notificação o prazo para a abertura de instrução.

4 — Nestes dois douts arestos decidiu-se a mesma questão fundamental de direito, sobre uma questão análoga de facto, sempre no âmbito da mesma legislação e assentando em soluções manifestamente opostas.

5 — Saber se, existindo vários co-arguidos, frustrando-se a notificação de um deles, deve ser notificado, ou não, aos outros, o despacho do MP proferido nos termos do n.º 5 do artigo 283.º do CPP que ordena o prosseguimento dos autos.

6 — Entendemos que deve ser fixada jurisprudência com o sentido do acórdão fundamento deste recurso, ou seja, no caso de existirem vários co-arguidos, frustrando-se a notificação da acusação a pelo menos um deles, o início do prazo para a abertura de instrução conta-se desde a notificação aos outros co-arguidos do despacho do MP proferido nos termos do n.º 5 do artigo 285.º do CPP e que ordena o prosseguimento dos autos aos outros co-arguidos já notificados da acusação.

Violaram-se as seguintes disposições legais:

Artigos 113.º, n.º 12, 277.º, n.º 3, 283.º, n.º 5, e 287.º, n.ºs 1 e 6, todos do Código de Processo Penal.

Nestes termos, e demais de direito, deverá o presente recurso obter provimento e em consequência fixar-se jurisprudência no sentido propugnado e de acordo com o acórdão fundamento.

VV. Ex.^{as} farão contudo justiça!

B — Cumprido o disposto nos artigos 439.º e 440.º do CPP, veio este Supremo Tribunal, por acórdão de 5 de Maio de 2010, a concluir pela oposição de julgados, prosseguindo o recurso, nos termos da 2.ª parte do artigo 441.º, n.º 1, e cumprindo-se o disposto no artigo 442.º, n.º 1, ambos do CPP.

C — Recorrente e Ministério Público foram notificados para apresentarem no competente prazo as alegações escritas.

D — Apenas o Ministério Público apresentou alegações, concluindo:

1 — A Lei n.º 59/98, de 25 de Agosto, considerou que os interesses dos arguidos e assistentes, no exercício do direito de defesa daqueles e da acção conformadora, de uns e de outros, do sentido da decisão final, ficariam melhor salvaguardados com as normas dos artigos 287.º, n.º 6, e 315.º, n.º 1, 2.ª parte.

2 — A introdução da norma constante do artigo 287.º, n.º 6, não teve como objectivo um alargamento de prazo para requerer a abertura de instrução, mas o de permitir que se pudesse optar, no caso dos arguidos, por uma defesa conjunta e que desta opção se pudesse sempre desistir, preferindo defesas separadas, sem que tal pudesse implicar a impossibilidade de requerer a abertura de instrução, por, entretanto, já poder ter expirado o prazo relativo a arguido previamente notificado.

3 — Para que, após a dedução da acusação, o processo prossiga sem que dela se mostrem notificados todos os