Anexos

Anexo I

(Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho)

de infra-estruturas informáticas, de telecomunicações, de serviços de consultoria e de apoio ao desenvolvimento e operacionalização dos vários sistemas de informação a instalar.

A transversalidade e dimensão destes projectos tornam os procedimentos de adjudicação mais complexos e, portanto, mais morosos, uma vez que estão vários organismos envolvidos, cada um com as suas especificidades.

Em 2005, apenas foi possível agilizar uma pequena parte das experiências piloto que concretizam a implementação progressiva da rede nacional de cuidados continuados, por força das datas de aprovação e publicação do Decreto-Lei n.º 213/2005, de 9 de Dezembro, cujo regime urge alargar agora à actividade da Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e dos Cidadãos em Situação de Dependência.

Neste contexto, torna-se conveniente adoptar, até final do ano económico de 2006, um regime de contratação de empreitadas de obras públicas e de aquisição de bens e serviços que combine a celeridade procedimental exigida pela concretização dos referidos projectos com a defesa dos interesses do Estado e a rigorosa transparência nos gastos.

Este regime especial, já adoptado noutras situações, irá permitir o cumprimento dos objectivos calendarizados destas iniciativas estruturantes que terão de estar cumpridos no final de 2006.

Assim:

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

Artigo único

Regime excepcional e transitório

A contratação de empreitadas de obras públicas e a aquisição ou locação, sob qualquer regime, de bens e serviços destinados ao desenvolvimento das experiências piloto em execução e cumprimento dos objectivos da Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Cidadãos em Situação de Dependência, criada pelo despacho n.º 23 035/2005 (2.ª série), de 17 de Outubro, do Ministro da Saúde, publicado no *Diário da República,* 2.ª série, n.º 214, de 8 de Novembro de 2005, que funciona junto do Alto Comissariado para a Saúde, criado pelo Decreto Regulamentar n.º 7/2005, de 10 de Agosto, cuja estimativa de custo global por contrato, não considerando o IVA, seja inferior aos limiares previstos para aplicação das directivas comunitárias sobre contratação pública podem realizar-se, durante o presente ano económico, com recurso aos procedimentos por negociação, consulta prévia ou ajuste directo.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 6 de Abril de 2006. — *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa — Fernando Teixeira dos Santos — António Fernando Correia de Campos.*

Promulgado em 19 de Maio de 2006.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 22 de Maio de 2006.

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

Decreto-Lei n.º 101/2006

de 6 de Junho

O efeito cumulativo da diminuição da mortalidade e da natalidade tem-se traduzido, em Portugal, no progressivo envelhecimento da população. O aumento da esperança média de vida, que se tem verificado em paralelo, espelha a melhoria do nível de saúde dos Portugueses nos últimos 40 anos.

Apesar de tal sucesso, verificam-se carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Estão, assim, a surgir novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida.

Tais respostas devem ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e, simultaneamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários e do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar.

Promover a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades, constitui uma das políticas sociais que mais pode contribuir para a qualidade de vida e para a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária.

Neste âmbito, o Programa do XVII Governo Constitucional define como meta a instauração de políticas de saúde, integradas no Plano Nacional de Saúde, e de políticas de segurança social que permitam: desenvolver acções mais próximas das pessoas em situação de dependência; investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial; qualificar e humanizar a prestação de cuidados; potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade.

A prossecução de tal desiderato pressupõe a instituição de um modelo de intervenção integrado e ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado como principal incentivador. Tal modelo tem de situar-se como um novo nível intermédio 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, financeiramente sustentáveis, dirigidos às pessoas em situação de dependência, com base numa tipologia de respostas adequadas, assentes em parcerias públicas, sociais e privadas, visando contribuir para a melhoria do acesso do cidadão com perda de funcionalidade ou em situação de risco de a perder, através da prestação de cuidados técnica e humanamente adequados. Estas unidades e equipas devem assentar numa rede de respostas de cuidados continuados integrados em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social.

Porque a concretização de tal objectivo implica a devida ponderação das soluções mais ajustadas à actual realidade, foi, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005, de 27 de Abril, criada, na dependência do Ministério da Saúde, a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, com a incumbência de propor um modelo de intervenção em matéria de cuidados continuados integrados destinados a pessoas em situação de dependência.

Foram ouvidos, a título facultativo, a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Enfermeiros, a Federação Nacional dos Médicos, a Federação Nacional de Sindicatos de Enfermeiros, o Sindicato Independente dos Médicos, o Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses e a União das Misericórdias Portuguesas.

Foram ouvidas a Comissão Nacional de Protecção de Dados e a Associação Nacional de Municípios Portugueses.

Assim:

No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, e nos termos das alíneas *a*) e *c*) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objecto 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 do Trabalho e da Solidariedade 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, e de cuidados e acções paliativas, 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 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, 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;

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

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

d) «Continuidade dos cuidados» a 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 actuação entre diferentes especialidades profissionais;

g) «Interdisciplinaridade» a definição e assunção de objectivos comuns, orientadores das actuações, 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 actividades 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 aspectos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afecta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correcção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afectada;

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 objectivos a atingir face às necessidades identificadas e das intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspectos clínicos como sociais;

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 integra-

dos, 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

Objectivos

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

2 — Constituem objectivos 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 respectiva 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 respectiva qualificação e na prestação dos cuidados;

f) A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores 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 activo 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 — A prestação de cuidados paliativos centra-se no alívio do sofrimento das pessoas, na provisão de conforto e qualidade de vida e no apoio às famílias, segundo os níveis de diferenciação consignados no Programa Nacional de Cuidados Paliativos, do Plano Nacional de Saúde.

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, sectores 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 objectivos 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 co-responsabilização 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 efectuadas.

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 equipas para a prestação de cuidados de saúde e ou

de apoio social e assenta nas seguintes bases de funcionamento:

a) Intercepção 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 sectores e recursos locais;
d) Organização mediante modelos de gestão que garantam uma prestação de cuidados efectivos, eficazes e oportunos visando a satisfação das pessoas e que favoreçam a optimização dos recursos locais;
e) Intervenção baseada no plano individual de cuidados e no cumprimento de objectivos.

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 conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

3 — A coordenação da Rede a nível regional é assegurada por cinco equipas constituídas, respectivamente, por representantes de cada administração regional de saúde e dos centros distritais de segurança social, nos termos a definir por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

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 e 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 acção anuais para o desenvolvimento da Rede e a sua adequação periódica às necessidades;
b) Orientar e consolidar os planos orçamentados de acção anuais e respectivos 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 actividades 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 correctivas 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 actividades, no seu âmbito de referência, competindo-lhes, designadamente:

a) Identificar as necessidades e propor à coordenação regional acções para a cobertura das mesmas;
b) Consolidar os planos orçamentados de acção anuais, elaborar os respectivos relatórios de execução e submetê-los à coordenação regional;
c) Divulgar informação actualizada 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 respectivo 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) Unidades de cuidados paliativos.

3 — Constitui unidade de ambulatório a unidade de dia e de promoção da autonomia.
4 — São equipas hospitalares as:

a) Equipas de gestão de altas;
b) Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos.

5 — São equipas domiciliárias as:

a) Equipas de cuidados continuados integrados;
b) Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.

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 direcção 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 encontre na situação prevista no número anterior.
3 — O período de internamento na unidade de média duração e reabilitação tem uma previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão.
4 — A unidade de média duração e reabilitação pode coexistir com a unidade de 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) Actividades de manutenção e de estimulação;
b) Cuidados de enfermagem diários;
c) Cuidados médicos;
d) Prescrição e administração de fármacos;
e) Apoio psicossocial;
f) Controlo fisiátrico periódico;
g) Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional;
h) Animação sócio-cultural;
i) Higiene, conforto e alimentação;
j) Apoio no desempenho das actividades da vida diária;
l) Apoio nas actividades instrumentais da vida diária.

SECÇÃO IV

Unidade de cuidados paliativos

Artigo 19.º

Caracterização

1 — A unidade de cuidados paliativos é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferentemente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde.

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

Artigo 20.º

Serviços

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

a) Cuidados médicos diários;
b) Cuidados de enfermagem permanentes;
c) Exames complementares de diagnóstico laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados;
d) Prescrição e administração de fármacos;
e) Cuidados de fisioterapia;
f) Consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades;
g) Acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual;
h) Actividades de manutenção;
i) Higiene, conforto e alimentação;
j) Convívio e lazer.

SECÇÃO 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 ambulatório, 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) Actividades de manutenção e de estimulação;
b) Cuidados médicos;
c) Cuidados de enfermagem periódicos;
d) Controle fisiátrico periódico;
e) Apoio psicossocial;
f) Animação sócio-cultural;
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 hospitalares 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

1 — A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos é uma equipa multidisciplinar do hospital de

agudos com formação em cuidados paliativos, devendo ter espaço físico próprio para a coordenação das suas actividades e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um psicólogo.

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

Artigo 26.º

Serviços

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

a) Formação em cuidados paliativos dirigida às equipas terapêuticas do hospital e aos profissionais que prestam cuidados continuados;
b) Cuidados médicos e de enfermagem continuados;
c) Tratamentos paliativos complexos;
d) Consulta e acompanhamento de doentes internados;
e) Assessoria aos profissionais dos serviços hospitalares;
f) Cuidados de fisioterapia;
g) Apoio psico-emocional ao doente e familiares e ou cuidadores, incluindo no período do luto.

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 efectuada 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.

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 acções paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas e regulares e ter por base as necessidades clínicas detectadas pela equipa;
b) Cuidados de fisioterapia;
c) Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
d) Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
e) Apoio na satisfação das necessidades básicas;
f) Apoio no desempenho das actividades da vida diária;
g) Apoio nas actividades instrumentais da vida diária;
h) Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

SECÇÃO IX

Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos

Artigo 29.º

Caracterização

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

2 — A equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos tem por finalidade prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às equipas de cuidados integrados e às unidades de média e de longa durações e manutenção.

Artigo 30.º

Serviços

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

a) A formação em cuidados paliativos dirigida às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários;
b) A avaliação integral do doente;
c) Os tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos;
d) A gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais;
e) A assessoria e apoio às equipas de cuidados continuados integrados;
f) A assessoria aos familiares e ou cuidadores.

CAPÍTULO V

Acesso à Rede, ingresso e mobilidade

Artigo 31.º

Acesso à Rede

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 impacte psicossocial;
e) Doença severa, em fase avançada ou terminal.

Artigo 32.º

Ingresso na Rede

1 — O ingresso na Rede é efectuado 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 efectuado.

5 — A admissão nas unidades de cuidados paliativos e nas equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos é determinada por proposta médica.

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 — A admissão nas equipas de suporte em cuidados paliativos é feita sob proposta, preferencialmente, das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde de abrangência ou das equipas de gestão de altas dos hospitais de referência da zona.

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.

Artigo 33.º

Mobilidade na Rede

1 — Esgotado o prazo de internamento fixado e não atingidos os objectivos 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 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 conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, 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 com as unidades de tratamento da dor criadas segundo as normas do Programa Nacional de Luta contra a Dor, do Plano Nacional de Saúde.

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 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.

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 conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, 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 respectivo 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 actividade 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 conjunto dos Ministros da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

Artigo 39.º

Avaliação

As unidades e equipas da Rede estão sujeitas a um processo periódico de avaliação que integra a auto-avaliação 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, consubstanciada 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 seleccionados, 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 objecto 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 objecto 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 actos

1 — Compete às administrações regionais de saúde e aos centros distritais de segurança social promover a publicação, nos órgãos da imprensa de maior expansão na localidade da sede da unidade ou equipa da Rede, dos seguintes actos:

a) Concessão, suspensão, substituição, cessação ou caducidade do alvará;
b) Decisão do encerramento da unidade ou fim da actividade da equipa.

2 — Em caso de encerramento de uma unidade ou fim de actividade 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 objecto 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 selectiva mediante modelo de financiamento próprio, a aprovar por portaria dos Ministros de Estado e das Finanças, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

Artigo 47.º

Modelo de financiamento

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

a) As unidades de convalescença e de paliativos, as equipas de gestão de altas e as intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos e as equipas domiciliárias de suporte em cuidados paliativos são integralmente da responsabilidade do Ministério da 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 sectores 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 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.

4 — A utilização das unidades de internamento de média duração e reabilitação e 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 a caracterização das unidades que integram a Rede são definidas por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

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 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.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 16 de Março de 2006. — *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa — Fernando Teixeira dos Santos — José António Fonseca Vieira da Silva — António Fernando Correia de Campos.*

Promulgado em 22 de Maio de 2006.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 24 de Maio de 2006.

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

Anexo II

(*Brief COPE*)

Brief COPE

Código: _____

Os itens que vai encontrar abaixo exprimem o modo como lida com o stress na sua vida. Há muitas maneiras para tentar lidar com os problemas. Estes itens questionam o que faz para lidar com estes. Obviamente, diferentes pessoas lidam com as coisas de modo diferente, mas estamos interessados no modo como você tenta lidar com os problemas. Cada item expressa um modo particular de lidar com os problemas. Queremos *saber em que extensão* faz aquilo que o item diz. *Quanto* ou com que *frequência*. Não responda com base no que lhe parece ser eficaz, mas se faz ou não isso. Utilize as seguintes alternativas de resposta. Tente, em pensamento, classificar cada item separadamente dos outros. Responda como foi PARA SI com o máximo de verdade. Circule a sua opção.

Nunca faço isto	**Faço isto por vezes**	**Em média é isto que faço**	**Faço quase sempre isto**
0	**1**	**2**	**3**

1.	Refugio-me noutras atividades para me abstrair da situação	0	1	2	3
2.	Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação	0	1	2	3
3.	Tenho dito para mim próprio(a): "isto não é verdade"	0	1	2	3
4.	Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor	0	1	2	3
5.	Procuro apoio emocional de alguém (família, amigos)	0	1	2	3
6.	Simplesmente desisto de tentar lidar com isto	0	1	2	3
7.	Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação	0	1	2	3
8.	Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo	0	1	2	3
9.	Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos	0	1	2	3
10.	Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação	0	1	2	3
11.	Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas	0	1	2	3
12.	Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva	0	1	2	3
13.	Faço críticas a mim próprio	0	1	2	3
14.	Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer	0	1	2	3
15.	Procuro o conforto e compreensão de alguém	0	1	2	3
16.	Desisto de me esforçar para lidar com a situação	0	1	2	3
17.	Procuro algo positivo em tudo o que está a acontecer	0	1	2	3
18.	Enfrento a situação levando-a para a brincadeira	0	1	2	3
19.	Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras	0	1	2	3
20.	Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer	0	1	2	3
21.	Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento	0	1	2	3
22.	Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual	0	1	2	3
23.	Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo	0	1	2	3
24.	Tento aprender a viver com a situação	0	1	2	3
25.	Penso muito sobre a melhor forma de lidar com situação	0	1	2	3
26.	Culpo-me pelo que está a acontecer	0	1	2	3
27.	Rezo ou medito	0	1	2	3
28.	Enfrento a situação com sentido de humor	0	1	2	3

Encontrará o próximo questionário na página seguinte.

Anexo III

(EAGR)

Código: _____

Escala de Avaliação Global da Resiliência (EAGR - Jardim, & Pereira, 2006)

Seguem-se algumas afirmações que pretendem avaliar a **sua competência na área da *Resiliência***. Por favor seja o mais honesto e preciso possível. Tente que a sua resposta a uma questão não influencie as suas respostas às outras questões. Não existem respostas certas ou erradas. **Responda com o máximo possível de sinceridade a cada uma das seguintes afirmações, assinalando apenas um dos níveis com que mais se identifica.**

	Nunca	**Raramente**	**Algumas Vezes**	**Frequentemente**	**Quase Sempre**
1. Perante as adversidades da vida, continuo a lutar pelos meus objetivos.					
2. Mesmo em situações *Stress*antes, mantenho tranquilidade.					
3. Tenho total confiança nas minhas capacidades para resolver os meus problemas.					
4. Tenho conseguido superar as adversidades que a minha vida me tem colocado.					
5. Consigo minimizar os efeitos negativos das adversidades.					
6. Assumo os meus problemas, dando-lhes a importância que têm, sem os subvalorizar ou sobrevalorizar.					
7. Quando uma situação não é passível de ser mudada, aceito esse facto com serenidade.					
8. Quando a vida me coloca novos desafios, considero-os oportunidades para amadurecer.					

Anexo IV

(SELFCS)

SELFCS

Código: _____

Como é que, habitualmente, me comporto em momentos difíceis?

Leia por favor cada afirmação com cuidado antes de responder. À direita de cada item, circunde a frequência com que se comporta, utilizando a seguinte escala.

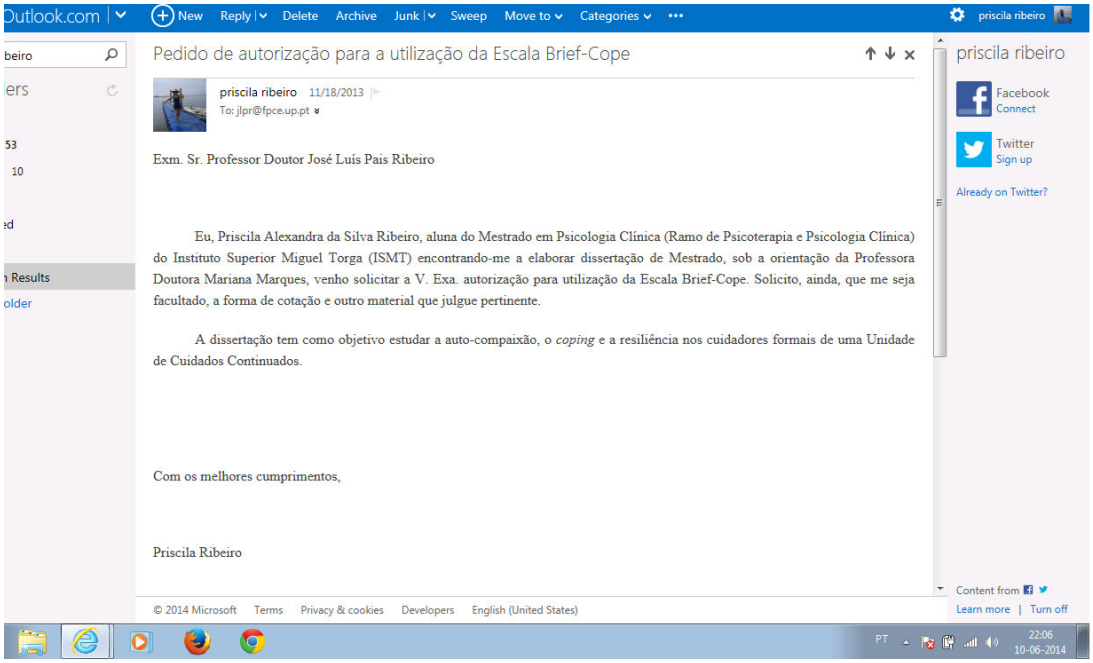
Quase nunca	**Raramente**	**Algumas vezes**	**Muitas vezes**	**Quase sempre**
1	**2**	**3**	**4**	**5**

1.	Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações	1	2	3	4	5
2.	Quando me sinto em baixo tendo a fixar-me e a ficar obcecado(a) com tudo aquilo que está errado	1	2	3	4	5
3.	Quando as coisas me correm mal vejo as dificuldades como fazendo parte da vida, e pelas quais toda a gente passa	1	2	3	4	5
4.	Quando penso acerca das minhas inadequações e defeitos sinto-me mais separado e desligado do resto do mundo	1	2	3	4	5
5.	Tento ser carinhoso comigo próprio quando estou a sofrer emocionalmente	1	2	3	4	5
6.	Quando falho em alguma coisa que é importante para mim martirizo-me com sentimentos de inadequação	1	2	3	4	5
7.	Quando estou em baixo lembro-me que existem muitas outras pessoas no mundo que se sentem como eu	1	2	3	4	5
8.	Quando passo por tempos difíceis tendo a ser muito exigente e duro(a) comigo mesmo(a)	1	2	3	4	5
9.	Quando alguma coisa me aborrece ou entristece tento manter o meu equilíbrio emocional (controlo as minhas emoções)	1	2	3	4	5
10.	Quando me sinto inadequado(a) de alguma forma, tento lembrar-me que a maioria das pessoas, por vezes, também sente o mesmo	1	2	3	4	5
11.	Sou intolerante e pouco paciente em relação aos aspetos da minha personalidade que não gosto..	1	2	3	4	5
12.	Quando atravesso um momento verdadeiramente difícil na minha vida dou a mim próprio(a) a ternura e afeto que necessito	1	2	3	4	5
13.	Quando me sinto em baixo tenho tendência para achar que a maioria das pessoas é, provavelmente, mais feliz do que eu	1	2	3	4	5
14.	Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação	1	2	3	4	5
15.	Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana	1	2	3	4	5
16.	Quando vejo aspetos de mim próprio(a) que não gosto fico muito muito em baixo	1	2	3	4	5
17.	Quando eu falho em alguma coisa importante para mim tento manter as coisas em perspetiva (não dramatizo)	1	2	3	4	5
18.	Quando me sinto com muitas dificuldades tendo a pensar que para as outras pessoas as coisas são mais fáceis	1	2	3	4	5
19.	Sou tolerante e afetuoso(a) comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento	1	2	3	4	5
20.	Quando alguma coisa me aborrece ou entristece deixo-me levar pelos meus sentimentos	1	2	3	4	5
21.	Posso ser bastante frio(a) e dura comigo mesmo(a) quando experiencio sofrimento	1	2	3	4	5
22.	Quando me sinto em baixo tento olhar para os meus sentimentos com curiosidade e abertura	1	2	3	4	5
23.	Sou tolerante com os meus erros e inadequações	1	2	3	4	5
24.	Quando alguma coisa dolorosa acontece tendo a exagerar a sua importância	1	2	3	4	5
25.	Quando falho nalguma coisa importante para mim tendo a sentir-me sozinho(a) no meu fracasso	1	2	3	4	5
26.	Tento ser compreensivo(a) e paciente em relação aos aspetos da minha personalidade de que não gosto	1	2	3	4	5

Encontrará o próximo questionário na página seguinte.

Anexo V

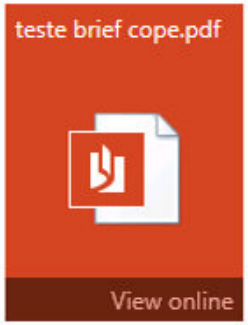
(Autorizações dos Autores das Escalas)


Outlook.com
New
Reply
Delete
Archive
Junk
Sweep
Move to
Categories
priscila ribeiro
Pedido de autorização para a utilização da Escala Brief-Cope
priscila ribeiro 11/18/2013
To: jlpr@fpce.up.pt
Exm. Sr. Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro
Eu, Priscila Alexandra da Silva Ribeiro, aluna do Mestrado em Psicologia Clínica (Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica) do Instituto Superior Miguel Torga (ISMT) encontrando-me a elaborar dissertação de Mestrado, sob a orientação da Professora Doutora Mariana Marques, venho solicitar a V. Exa. autorização para utilização da Escala Brief-Cope. Solicito, ainda, que me seja facultado, a forma de cotação e outro material que julgue pertinente.
A dissertação tem como objetivo estudar a auto-compaixão, o coping e a resiliência nos cuidadores formais de uma Unidade de Cuidados Continuados.
Com os melhores cumprimentos,
Priscila Ribeiro
© 2014 Microsoft
Terms
Privacy & cookies
Developers
English (United States)
priscila ribeiro
Facebook Connect
Twitter Sign up
Already on Twitter?
Content from
Learn more | Turn off
PT
22:06
10-06-2014

RE: Pedido de autorização para a utilização da Escala Brief-Cope

José Luis Pais Ribeiro (jlpr@fpce.up.pt) Add to contacts 12/4/2013 Documents
To: priscila ribeiro

1 attachment (36.6 KB) Outlook.com Active View



Download as zip

Autorizo a utilização da escala BC
anexo a escala

José Luís Pais Ribeiro
jlpr@fpce.up.pt
mobile phone: (351) 965045590
web page: http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/

De: priscila ribeiro [priscilaribeiro_1@hotmail.com]

Enviado: segunda-feira, 2 de Dezembro de 2013 15:50

Para: José Luis Pais Ribeiro

Assunto: Pedido de autorização para a utilização da Escala Brief-Cope

Your Files Across Device

7 GB of free storage free you from thumbdrives, with OneDrive.

Learn m

Pedido de autorização para a utilização da Escala de Avaliação Gobal de Resiliência



priscila ribeiro 11/23/2013

To: apereira@dce.ua.pt

Exm. Sra. Professora Doutora Anabela Pereira,

Eu, Priscila Alexandra da Silva Ribeiro, aluna do Mestrado em Psicologia Clínica (Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica) do Instituto Superior Miguel Torga (ISMT) encontrando-me a elaborar dissertação de Mestrado, sob a orientação da Professora Doutora Mariana Marques, venho solicitar a V. Exa. autorização para utilização da Escala de Avaliação Global de Resiliência. Solicito, ainda, que me seja facultado, a forma de cotação e outro material que julgue pertinente.

A dissertação tem como objetivo estudar a auto-compaixão, o coping e a resiliência nos cuidadores formais de uma Unidade de Cuidados Continuados.

Com os melhores cumprimentos,

Priscila Ribeiro

priscila ribeir

Facebook Connect

Twitter Sign up

Already on Twitter?

Content from

Learn more | Turn

© 2014 Microsoft Terms Privacy & cookies Developers English (United States)

PT 00:43 11-06-20

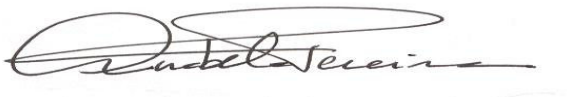
Exmas Senhoras
Professora Doutora Mariana Marques
Dra Priscila Ribeiro

Universidade de Aveiro, 4 de Outubro de 2013

Vimos por este meio conceder a autorização para que possam utilizar para fins de investigação e outros que entenderem as escalas por nós desenvolvidas sobre a resiliência nomeadamente a " Escala de Avaliação Global da Resiliência". Para informação complementar por favor não hesitem em nos contactar.

Com os melhores cumprimentos e elevada estima pessoal

P'los Autores



Professores Doutores Anabela Pereira & Jacinto Jardim

https://dub109.mail.live.com/default.aspx?id=64855#tid=cn Microsoft Corporation... Outlook.com - priscilaribeir... (1) Facebook

utlook.com | New Reply | Delete Archive Junk | Sweep Move to Categories ••• priscila ri

stilho

TS

0

esults

ler

Pedido de Autorização para a utilização da Escala da Compaixão



priscila ribeiro 4/26/2014

To: paulacastilhofreitas@gmail.com

Exm. Sra. Professora Doutora Paula Castilho,

Eu, Priscila Alexandra da Silva Ribeiro, aluna do Mestrado em Psicologia Clínica (Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica) do Instituto Superior Miguel Torga (ISMT) encontrando-me a elaborar dissertação de Mestrado, sob a orientação da Professora Doutora Mariana Marques, venho solicitar a V. Exa. autorização para utilização da Escala da Compaixão. Solicito, ainda, que me seja facultado, a forma de cotação e outro material que julgue pertinente.
A dissertação tem como objetivo estudar a auto-compaixão, o coping e a resiliência nos cuidadores formais de uma Unidade de Cuidados Continuados.

Contactos
Priscila Ribeiro
Tlm.: 916373899
Correio eletrónico: priscilaribeiro_1@hotmail.com

Doutora Mariana Marques
Professora Orientadora da dissertação
Correio eletrónico: mvpmarques@gmail.com

Com os melhores cumprimentos,

Priscila Ribeiro

priscila ri

Faceb
Conne

Twitt
Sign u

Already on Tw

Content from

Re: Pedido de Autorização para a utilização da Escala da Compaixão



paula castilho (paulacastilhofreitas@gmail.com) Add to contacts 4/28/2014

To: priscila ribeiro

Cara Priscila,

Autorizo a utilização da escala da Autocompaixão, conforme soliciado e envio a forma de cotação da mesma. Relativamente aos dados psicométricos da escala quando estiver a escrever a tese ou os instrumentos peça-me que lhe envio.

Cotação:

Itens invertidos: 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24, 25

Bondade (kindness): 5, 12, 19, 23, 26

Autocritica: 1, 8, 11, 16, 21

Humanidade Comum (condição humana): 3, 7, 10, 15

Isolamento: 4, 13, 18, 25

Mindfulness: 9, 14, 17, 22

Sobre-identificação (com os pensamentos): 2, 6, 20, 24

paula castilho



Paula Castilho
Add friend

Already friends on Facebook?

Content from
Learn more | Turn off

© 2014 Microsoft Terms Privacy & cookies Developers English (United States)

PT 00:48 11-06-2014

Anexo VI

(Autorizações das UCC)

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica (Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica)

Pedido de autorização para a administração de questionários

O presente trabalho de investigação decorre no âmbito da realização da dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica (Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica) do Instituto Superior Miguel Torga (Coimbra), sob orientação da Professora Doutora Mariana Marques. Tem como objetivo estudar a auto-compaixão, o *coping* e a resiliência nos cuidadores formais de utentes de uma Unidade de Cuidados Continuados.

Para concretizarmos este objetivo, necessitamos que autorize a administração/recolha de um protocolo composto por alguns questionários junto dos profissionais da sua instituição. O protocolo é constituído por três questionários de resposta rápida e um questionário sociodemográfico.

A participação de todos os profissionais, embora voluntária, é muito importante para a realização deste estudo. Todos os dados recolhidos têm a garantia de confidencialidade, e obedecem aos preceitos orientadores para a elaboração de trabalhos científicos, sendo utilizadas apenas para fins estatísticos.

O investigador está disponível para qualquer esclarecimento acerca do estudo, se assim for o desejo do participante.

Estamos certos da sua compreensão e aguardamos a sua confirmação.

Obrigada pela sua disponibilidade e colaboração.

Assinatura/rubrica:

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DA MARINHA GRANDE

Leiria, 12 de Dezembro de 2013

Contacto: 916373899 e-mail: priscilaribeiro_1@hotmail.com

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica
(Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica)

Pedido de autorização para a administração de questionários

O presente trabalho de investigação decorre no âmbito da realização da dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica (Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica) do Instituto Superior Miguel Torga (Coimbra), sob orientação da Professora Doutora Mariana Marques. Tem como objetivo estudar a auto-compaixão, o *coping* e a resiliência nos cuidadores formais de utentes de uma Unidade de Cuidados Continuados.

Para concretizarmos este objetivo, necessitamos que autorize a administração/recolha de um protocolo composto por alguns questionários junto dos profissionais da sua instituição. O protocolo é constituído por três questionários de resposta rápida e um questionário sociodemográfico.

A participação de todos os profissionais, embora voluntária, é muito importante para a realização deste estudo. Todos os dados recolhidos têm a garantia de confidencialidade, e obedecem aos preceitos orientadores para a elaboração de trabalhos científicos, sendo utilizadas apenas para fins estatísticos.

O investigador está disponível para qualquer esclarecimento acerca do estudo, se assim for o desejo do participante.

Estamos certos da sua compreensão e aguardamos a sua confirmação.

Obrigada pela sua disponibilidade e colaboração.

Assinatura/rubrica:

Leiria, 11 de Junho de 2013

Contacto: 916373899 e-mail: priscilaribeiro_1@hotmail.com

Re: Pedido de administração de questionários

Vania Grosso (ssuccipm@gmail.com) Add to contacts 2/17/2014

To: priscila ribeiro

Boa tarde!

Após análise sobre o teor da tese de mestrado desenvolvida por Vª Exª, venho informar que poderá desenvolver o seu estudo no nosso Centro Hospitalar de Cuidados Continuados.

Agradecemos que no final nos sejam facultados os resultados.

Com os melhores cumprimentos
Vânia Grosso

No dia 12 de Fevereiro de 2014 às 11:10, priscila ribeiro <priscilaribeiro_1@hotmail.com> escreveu:

> Bom dia,
>
> Sou uma aluna de Mestrado em Psicologia Clínica (Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica) do Instituto Superior Miguel Torga (Coimbra) e gostaria de saber se posso realizar parte do meu estudo na vossa instituição.

Sweep to Delete

Sweep away all those old newsletters with Schedule Cleanup.

Learn more

© 2014 Microsoft Terms Privacy & cookies Developers English (United States)

AdChoices

PT 00:38 11-06-2014

Anexo VII

(Decreto-Regulamentar nº 10/83, artigo 1º (Carreiras Profissionais))

Considerando a necessidade de reformular o regime jurídico desta situação, em conformidade com os princípios relevantes da Constituição:

O Governo decreta, nos termos da alínea *a*) do n.º 1 do artigo 201.º da Constiuição, o seguinte:

Artigo 1.º Os artigos 37.º e 38.º da Lei Orgânica do Ministério dos Negócios Estrangeiros, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 47 331, de 23 de Novembro de 1966, passam a ter a seguinte redacção:

Art. 37.º — 1 — Os funcionários do serviço diplomático podem ser colocados na disponibilidade, abrindo vaga, mediante despacho da iniciativa do Ministro ou a pedido do interessado, depois de ouvido o conselho do Ministério.

2 — O funcionário colocado na disponibilidade por iniciativa do Ministro dos Negócios Estrangeiros fica adstrito à Secretaria-Geral do Ministério, sem prejuízo da contagem do tempo de serviço e da percepção do vencimento por inteiro. O número de funcionários colocados nesta situação, designada por disponibilidade em serviço, não poderá ser superior a 12.

3 — O funcionário colocado na disponibilidade a seu pedido fica desligado do serviço e perceberá um vencimento, inacumulável com qualquer outro vencimento do Estado, de montante igual ao da pensão de aposentação que for correspondendo, na sua categoria, ao número de anos que lhe devam ser contados para efeitos de aposentação. Esta situação será designada por disponibilidade simples.

4 — Não é contado como tempo de serviço o que tiver sido passado na disponibilidade simples. Será porém contado para efeitos de aposentação se, durante esse tempo, o funcionário, percebendo vencimento, tiver pago a correspondente quota legal.

5 — Mediante despacho, depois de ouvido o conselho do Ministério, o Ministro pode pôr termo às situações de disponibilidade simples ou em serviço, reintegrando os funcionários nas vagas existentes que correspondam às respectivas categorias ou transferindo os funcionários da disponibilidade simples para a disponibilidade em serviço e vice-versa, desde que se verifiquem os requisitos da colocação nas situações de disponibilidade simples ou em serviço.

Art. 38.º — 1 — É aplicável aos funcionários do Ministério dos Negócios Estrangeiros, para serviço na Secretaria de Estado, o limite de idade estabelecido na lei geral. Esse limite será de 65 anos para funcionários pertencentes ou não ao serviço diplomático que se encontrem colocados no estrangeiro, em missões ou delegações permanentes, dependentes do Ministério dos Negócios Estrangeiros ou de outro ministério, e em consulados geridos por funcionários diplomáticos.

2 — Os funcionários do serviço diplomático que se encontrem colocados no estrangeiro, em missões ou delegações permanentes ou em consulados, deverão optar, ao completarem os 65 anos, entre a aposentação e a colocação na disponibilidade simples, sem prejuízo, neste último caso, de poderem vir a ser colocados na disponibilidade em serviço, em conformidade com o disposto no artigo 37.º

Art. 2.º — 1 — No prazo de 30 dias a contar da data da publicação do presente diploma, os funcionários que à data da publicação da Resolução do Conselho da Revolução n.º 161/82, de 2 de Setembro, se encontravam nas situações de disponibilidade simples ou em serviço podem solicitar a sua reintegração no serviço diplomático, indo ocupar as vagas existentes no momento da reintegração na respectiva categoria ou, se elas não existirem, os lugares que para o efeito serão aumentados ao quadro e se extinguirão à medida que vagarem. Decorrido aquele prazo, os funcionários que não tenham solicitado a reintegração permanecerão na situação de disponibilidade simples ou em serviço em que se encontravam.

2 — A reintegração referida no número anterior será efectuada mediante despacho do Ministro dos Negócios Estrangeiros e será submetida ao visto do Tribunal de Contas.

3 — Os funcionários do quadro do pessoal especializado que se encontrem colocados no estrangeiro nas condições referidas no n.º 1 serão aposentados ao completarem 65 anos, ou, se estiverem em comissão de serviço, esta será dada por finda.

Art. 3.º Os encargos resultantes da aplicação do presente diploma serão suportados no ano económico de 1983 por conta das disponibilidades do orçamento do Ministério dos Negócios Estrangeiros.

Art. 4.º É revogado o artigo 181.º do Regulamento do Ministério dos Negócios Estrangeiros, aprovado pelo Decreto n.º 47 478, de 31 de Dezembro de 1966.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 6 de Janeiro de 1983. — *Francisco José Pereira Pinto Balsemão — João Maurício Fernandes Salgueiro — Vasco Luís Caldeira Coelho Futscher Pereira — António Jorge de Figueiredo Lopes.*

Promulgado em 22 de Janeiro de 1983.

Publique-se.

O Presidente da República, ANTÓNIO RAMALHO EANES.

Referendado em 25 de Janeiro de 1983.

O Primeiro-Ministro, *Francisco José Pereira Pinto Balsemão.*

MINISTÉRIOS DAS FINANÇAS E DO PLANO, DOS ASSUNTOS SOCIAIS E DA REFORMA ADMINISTRATIVA

Decreto Regulamentar n.º 10/83

de 9 de Fevereiro

Várias medidas foram tomadas pelo Decreto-Lei n.º 191-C/79, de 25 de Junho, no sentido de melhorar o ordenamento jurídico dos funcionários e agentes do Estado, nomeadamente no que se relaciona com a uniformização das respectivas carreiras profissionais.

Não foi possível, no entanto, dada a grande quantidade e variedade de situações existentes, esgotar completamente esta última matéria, pelo que categorias profissionais existem, como acontece nos serviços e estabelecimentos oficiais dependentes das Secretarias de Estado da Segurança Social e da Família, que não podem inserir-se em qualquer das carreiras naquele diploma previstas.

Para além deste aspecto, verifica-se ainda a existência de diversas categorias com o mesmo conteúdo funcional e de outras com funções tão variadas e distintas como as de preparar alimentos e de ocupar os tempos livres dos utentes.

Tal situação dificulta, como é óbvio, uma correcta gestão dos recursos humanos e não se enquadra nos princípios actualmente em vigor na função pública.

Urge, por isso, criar carreiras profissionais mais adequadas à realidade actual, indo assim ao encontro das aspirações de há muito manifestadas pelos profissionais do sector.

Nesta conformidade:

Tendo em conta o disposto no n.º 1 do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 59/76, de 23 de Janeiro:

O Governo decreta, nos termos da alínea *c*) do artigo 202.º da Constituição, o seguinte:

ARTIGO 1.º

(Carreiras profissionais)

As carreiras profissionais criadas por este diploma do pessoal auxiliar dos serviços e estabelecimentos oficiais dependentes das Secretarias de Estado da Segurança Social e da Família não abrangido pelo Decreto-Lei n.º 191-C/79, de 25 de Junho, integram-se nos seguintes sectores e áreas:

I) Apoio directo:

A) Sector de apoio:

1) Ajudante de enfermaria;
2) Ajudante de lar e centro de dia;
3) Vigilante;
4) Ajudante de ocupação;
5) Ajudante de creche e jardim-de-infância;

B) Sector de higiene e conforto:

6) Cabeleireiro;
7) Calista.

II) Serviços gerais:

A) Sector de alimentação:

1) Cozinheiro;
2) Auxiliar de alimentação;

B) Sector de tratamento de roupa:

3) Operador de lavandaria;
4) Costureiro;

C) Sector de tarefas auxiliares:

5) Auxiliar de serviços gerais.

III) Aprovisionamento:

Fiel auxiliar de armazém.

ARTIGO 2.º

(Categorias)

1 — As carreiras profissionais previstas no artigo anterior desenvolvem-se pelas categorias de 3.ª classe, 2.ª classe e 1.ª classe, comportando ainda a de cozinheiro a categoria de principal.

2 — Como categorias de chefia podem existir:

a) Chefe de serviços auxiliares;
b) Encarregado de serviços gerais;
c) Encarregado de sector.

3 — Os lugares de ajudante de enfermaria serão extintos nos termos do Decreto n.º 880/76, de 29 de Dezembro.

ARTIGO 3.º

(Condições de existência das categorias)

1 — Os lugares de ajudante de creche e jardim-de-infância, ajudante de ocupação, vigilante e ajudante de lar e centro de dia apenas podem existir nos serviços e estabelecimentos de apoio, respectivamente, à primeira e segunda infâncias, infância e juventude, crianças deficientes e população idosa.

2 — A criação dos lugares de auxiliar de serviços gerais apenas pode ser autorizada nos serviços e estabelecimentos referidos no número anterior.

3 — Os lugares previstos no n.º 2 do artigo anterior podem ser criados nas seguintes situações:

a) Chefe de serviços auxiliares, nos serviços e estabelecimentos com mais de 600 utentes em regime de internato;
b) Encarregado de serviços gerais, nos serviços e estabelecimentos com, pelo menos, 45 trabalhadores na área de serviços gerais;
c) Encarregado de sector, nos sectores da área de serviços gerais com, pelo menos, 15 trabalhadores.

4 — O lugar de encarregado de serviços gerais pode ainda ser criado, independentemente do número de trabalhadores, nos serviços e estabelecimentos que não comportem, nos termos previstos na alínea *c*) do número anterior, qualquer lugar de encarregado de sector.

ARTIGO 4.º

(Coordenação)

1 — Os sectores de apoio e de higiene e conforto serão coordenados por técnicos com formação adequada para o efeito dos respectivos serviços e estabelecimentos, em termos a estabelecer pelo respectivo órgão de direcção.

2 — A coordenação dos sectores de serviços gerais com um número de trabalhadores inferior ao fixado na alínea *c*) do n.º 3 do artigo 3.º será assegurada por um trabalhador da categoria mais elevada das respectivas carreiras profissionais.

ARTIGO 5.º

(Funções)

1 — Aos chefes de serviços auxiliares, responsáveis pela coordenação geral das áreas previstas neste diploma, compete, designadamente:

a) Pronunciar-se sobre a organização e funcionamento dos respectivos serviços;
b) Assegurar a interligação com as chefias de outros grupos sócio-profissionais.

2 — Aos encarregados de serviços gerais cabe, nomeadamente:

a) Organizar, coordenar e orientar a actividade desenvolvida pelos encarregados de sector sob sua responsabilidade;
b) Estabelecer, em colaboração com os encarregados de sector, os horários de trabalho, escalas e dispensas de pessoal, bem como o modo de funcionamento dos serviços;
c) Manter em ordem os inventários sob sua responsabilidade.

3 — Aos encarregados de sector, responsáveis pelo eficiente desempenho das funções atribuídas aos trabalhadores do respectivo sector, compete, designadamente:

a) Coordenar e distribuir o pessoal de acordo com as necessidades dos serviços;
b) Verificar o desempenho das tarefas atribuídas;
c) Zelar pelo cumprimento das regras de segurança e higiene no trabalho;
d) Requisitar os produtos indispensáveis ao normal funcionamento dos serviços integrados no respectivo sector e verificar a quantidade e qualidade dos artigos aí recebidos;
e) Verificar periodicamente os inventários e as existências e informar superiormente das necessidades de aquisição, reparação ou substituição dos bens ou equipamentos essenciais ao bom funcionamento do respectivo sector;
f) Propor as medidas que em cada momento as circunstâncias aconselhem, de modo a evitar encargos inúteis;
g) Manter em ordem o inventário do respectivo sector.

4 — Aos ajudantes de enfermaria, sob orientação dos enfermeiros, cabe:

a) Desempenhar tarefas que não requeiram conhecimentos específicos de enfermagem;
b) Assegurar a prestação de cuidados de higiene e conforto aos utentes;
c) Executar as tarefas de alimentação dos utentes;
d) Proceder ao acompanhamento e transporte dos doentes em camas, macas, cadeiras de rodas ou a pé, dentro e fora do estabelecimento;
e) Velar pela manutenção em bom estado de conservação do material utilizado nos cuidados de enfermagem;
f) Assegurar o transporte de medicamentos e produtos de consumo corrente necessários ao regular funcionamento do serviço;
g) Proceder à recepção, arrumação e distribuição das roupas lavadas e à recolha de roupas sujas e sua entrega na lavandaria;
h) Velar pela manutenção das condições de higiene nos respectivos locais de trabalho;
i) Colaborar com os respectivos serviços na realização dos trâmites administrativos relacionados com as suas actividades;
j) Ter à sua guarda e em ordem o inventário da enfermaria;
l) Assegurar a higiene nas copas, incumbindo-lhes até a lavagem de loiças da enfermaria nas faltas e impedimentos dos auxiliares de alimentação ou dos auxiliares de serviços gerais;
m) Desempenhar as demais tarefas que se relacionem e enquadrem no âmbito da sua categoria profissional.

5 — Aos ajudantes de lar e centro de dia compete:

a) Colaborar nas tarefas de alimentação dos utentes;
b) Prestar cuidados de higiene e conforto aos utentes;
c) Requisitar e distribuir os artigos de higiene e conforto;
d) Proceder ao acompanhamento diurno e nocturno dos utentes, dentro e fora dos serviços e estabelecimentos;
e) Participar na ocupação dos tempos livres dos utentes;
f) Proceder à recepção, arrumação e distribuição das roupas lavadas e à recolha de roupas sujas e sua entrega na lavandaria;
g) Assegurar a ordem, higiene e limpeza dos respectivos serviços;
h) Manter em bom estado de conservação o material a seu cargo;
i) Desempenhar as demais tarefas que se relacionem e enquadrem no âmbito da sua categoria profissional.

6 — Aos vigilantes cabe:

a) Auxiliar nas tarefas de alimentação nos refeitórios;
b) Orientar as crianças nos cuidados de higiene e conforto;
c) Requisitar e distribuir os artigos de higiene e conforto;
d) Proceder ao acompanhamento diurno e nocturno das crianças, dentro e fora do serviço ou estabelecimento;
e) Participar na ocupação dos tempos livres;
f) Apoiar as crianças nos trabalhos que tenham de realizar;
g) Apoiar a realização das actividades sócio-educativas;
h) Proceder à recepção, arrumação e distribuição das ropas lavadas e recolha de roupa suja e sua entrega na lavandaria;
i) Assegurar a ordem, limpeza e higiene dos respectivos serviços;
j) Manter em bom estado de conservação o material a seu cargo;
l) Desempenhar as demais tarefas que se relacionem e enquadrem no âmbito da sua categoria profissional.

7 — Aos ajudantes de ocupação compete:

a) Colaborar na realização de actividades sócio-educativas;
b) Estimular as potencialidades das crianças com vista ao seu global desenvolvimento;
c) Assegurar a efectivação do plano de trabalho a realizar pelas crianças;
d) Manter devidamente actualizado o registo de observação do seu grupo;

e) Assegurar o horário de funcionamento das actividades;
f) Colaborar no atendimento dos pais das crianças dentro dos horários estabelecidos;
g) Desempenhar as demais tarefas que se relacionem e enquadrem no âmbito da sua categoria profissional.

8 — Aos ajudantes de creche e jardim-de-infância cabe:

a) Ajudar nas tarefas de alimentação, cuidados de higiene e conforto;
b) Proceder ao acompanhamento das crianças, dentro e fora do estabelecimento;
c) Participar na ocupação dos tempos livres das crianças, bem como nas actividades sócio-educativas;
d) Apoiar as crianças nos trabalhos em que participem;
e) Proceder à recepção, arrumação e distribuição de todo o material destinado às crianças;
f) Assegurar a ordem, limpeza e higiene dos respectivos serviços;
g) Manter em bom estado de conservação o material a seu cargo;
h) Desempenhar as demais tarefas que se relacionem e enquadrem no âmbito da sua categoria profissional.

9 — Aos cabeleireiros compete:

a) Executar cortes de cabelo e barba;
b) Executar penteados, permanentes e pinturas de cabelo;
c) Zelar pela manutenção e limpeza do material e utensílios a seu cargo;
d) Manter em ordem e em boas condições de higiene a respectiva secção;
e) Ter a seu cargo e manter em ordem o inventário dos materiais e utensílios da respectiva secção;
f) Desempenhar as demais tarefas que se relacionem e enquadrem no âmbito da sua categoria profissional.

10 — Aos calistas compete:

a) Executar o arranjo e corte de unhas e calos;
b) Zelar pela manutenção e limpeza do material e utensílios a seu cargo;
c) Manter a sua secção em ordem e em boas condições de higiene;
d) Ter a seu cargo e em ordem o inventário dos materiais e utensílios da respectiva secção;
e) Desempenhar as demais tarefas que se relacionem e enquadrem no âmbito da sua categoria profissional.

11 — Aos cozinheiros cabe:

a) Executar todas as operações necessárias à confecção das ementas e colaborar na sua elaboração;
b) Orientar o pessoal durante a preparação dos pratos, tipos de guarnição e quantidades a servir;
c) Acompanhar e assegurar-se da qualidade na confecção dos pratos;
d) Participar nos trabalhos de preparação das dietas gerais e terapêuticas;
e) Manter em ordem e em condições de higiene e limpeza a respectiva secção, utensílios e equipamento;
f) Zelar pela preservação da qualidade dos alimentos entregues para confecção;
g) Observar, com rigor, as regras da segurança impostas pelos regulamentos na utilização do material e combustível;
h) Manter em bom estado de conservação o material a seu cargo;
i) Desempenhar as demais tarefas que se relacionem e enquadrem no âmbito da sua categoria profissional.

12 — Aos auxiliares de alimentação compete:

a) Preparar os géneros alimentícios destinados à confecção;
b) Participar na confecção e ultimação das refeições;
c) Transportar os alimentos confeccionados até aos locais do seu consumo;
d) Proceder à limpeza da sua secção e utensílios;
e) Encarregar-se da lavagem, quer manual quer mecânica, das loiças;
f) Desempenhar as demais tarefas que se relacionem e enquadrem no âmbito da sua categoria profissional.

13 — Aos operadores de lavandaria cabe:

a) Executar as tarefas de lavagem e tratamento de roupas, incluindo a preparação e funcionamento das máquinas de lavar;
b) Proceder a todos os trabalhos de passagem a ferro e dobragem da roupa, bem como à respectiva arrumação e distribuição;
c) Assegurar a existência, em ordem, de *stocks* mínimos de roupa para ocorrer a situações excepcionais;
d) Utilizar correctamente as máquinas e utensílios da sua secção, de acordo com as instruções recebidas, e proceder regularmente às operações normais e periódicas de conservação;
e) Assegurar a limpeza da sua secção, bem como dos respectivos utensílios;
f) Manter em bom estado de conservação o material a seu cargo;
g) Desempenhar as demais tarefas que se relacionem e enquadrem no âmbito da sua categoria profissional.

14 — Aos costureiros compete:

a) Executar as tarefas de corte, costura, conserto e aproveitamento de roupas;
b) Proceder às operações de conservação das máquinas da respectiva secção;
c) Assegurar a limpeza da sua secção e utensílios;
d) Manter em bom estado de conservação o material a seu cargo;
e) Desempenhar as demais tarefas que se relacionem e enquadrem no âmbito da sua categoria profissional.

15 — Aos auxiliares de serviços gerais cabe:

a) Assegurar a manutenção das condições de higiene dos locais a que estejam afectos;
b) Auxiliar no transporte de alimentos, géneros alimentícios e outros artigos, de acordo com a orientação que, para o efeito, lhes for transmitida;
c) Proceder ao transporte de doentes em camas, macas ou cadeiras de rodas para os serviços de internamento e consultas internas e externas;
d) Efectuar o transporte de cadáveres;
e) Proceder ao controle das entradas e saídas de pessoas, veículos e mercadorias;
f) Zelar pela segurança dos bens e haveres;
g) Assegurar o serviço de mensageiro e as relações com o público;
h) Assegurar a recepção e expedição de correspondência;
i) Desempenhar as funções de estafeta e proceder à distribuição de correspondência e valores por protocolo, no interior ou exterior do serviço ou estabelecimento;
j) Desempenhar as demais tarefas que se relacionem e enquadrem no âmbito da sua categoria profissional.

16 — Aos fiéis auxiliares de armazém cabe:

a) Armazenar e arrumar em locais apropriados os materiais, medicamentos e géneros alimentícios;
b) Cuidar da sua conservação e distribuição;
c) Fornecer os produtos e artigos requisitados pelos diversos serviços;
d) Conferir a quantidade e verificar a qualidade dos artigos discriminados nas guias de remessa;
e) Manter em ordem e assegurar a limpeza do respectivo serviço;
f) Fornecer aos serviços administrativos os elementos estatísticos por estes solicitados;
g) Desempenhar as demais tarefas que se relacionem e enquadrem no âmbito da sua categoria profissional.

ARTIGO 6.º

(Serviços e estabelecimentos de reduzida dimensão)

Nos serviços e estabelecimentos em que, pela sua reduzida dimensão, não se justifique a criação de todas as carreiras previstas no presente diploma devem os trabalhadores de cada sector, independentemente da carreira em que se inserem, assegurar o desempenho da totalidade das funções aos mesmos atribuídas.

ARTIGO 7.º

(Recrutamento)

1 — O provimento dos lugares de chefia e de ingresso nas carreiras previstas no presente diploma faz-se, mediante provas de selecção, de entre indivíduos habilitados com a escolaridade obrigatória, salvo o disposto no número seguinte.

2 — Os lugares de chefe de serviços auxiliares são providos de entre indivíduos habilitados com o curso geral do ensino secundário ou equiparado, tendo prioridade no acesso os encarregados de serviços gerais que reúnam os requisitos necessários para o efeito.

3 — Os lugares de encarregado de serviços gerais são providos de entre encarregados de sector com, pelo menos, 3 anos na categoria.

4 — Os lugares de encarregado de sector são providos de entre profissionais do respectivo sector com a categoria de principal ou de 1.ª classe e com, pelo menos, 3 anos de serviço na categoria e ainda de entre o pessoal abrangido pela alínea *b*) do n.º 1 do artigo 15.º

5 — Os lugares de cozinheiro principal são providos, mediante provas de selecção, de entre cozinheiros de 1.ª classe com, pelo menos, 3 anos de serviço na categoria.

6 — No ingresso nas carreiras profissionais de cabeleireiro, calista e cozinheiro, para além do requisito habitacional, exige-se ainda a posse da respectiva carteira profissional.

7 — No provimento de lugares de cozinheiro de 3.ª classe têm prioridade os auxiliares de alimentação habilitados com curso de formação adequado.

ARTIGO 8.º

(Provas de selecção)

1 — Os princípios gerais das provas de selecção previstas neste diploma serão estabelecidos por portaria do Ministro dos Assuntos Sociais, a publicar no prazo de 6 meses, a qual será obrigatoriamente revista logo que entre em vigor o diploma referido no artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 191-C/79, de 25 de Junho.

2 — A realização de provas de selecção é obrigatória, independentemente do número de concorrentes.

ARTIGO 9.º

(Mudança de categoria)

A mudança de categoria dentro de cada carreira profissional verificar-se-á, salvo o acesso a cozinheiro principal, após a permanência de 5 anos na categoria anterior e a classificação de serviço não inferior a *Bom*.

ARTIGO 10.º

(Formação)

1 — Quando estiver instituído um sistema de formação para o pessoal a que respeita o presente diploma, serão os respectivos cursos, em termos a regulamentar, considerados condição necessária para o ingresso e progressão nas carreiras profissionais.

2 — Enquanto não funcionarem os cursos referidos no número anterior, serão os mesmos substituídos pela prestação de provas práticas.

ARTIGO 11.º

(Mudança de carreira)

1 — Os funcionários que tenham adquirido habilitações para ingresso em carreira superior da mesma área funcional poderão candidatar-se aos lugares vagos a que corresponda naquela carreira letra de vencimento igual ou imediatamente superior à que já possuem.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, consideram-se carreiras da mesma área funcional as que se inserem em cada um dos sectores em que se subdividem as áreas estabelecidas no artigo 1.º

ARTIGO 12.º

(Quadros e mapas de pessoal)

1 — Os quadros e mapas de pessoal dos serviços e estabelecimentos dependentes das Secretarias de Estado da Segurança Social e da Família deverão ser reestruturados, de acordo com as regras constantes do presente diploma, no prazo máximo de 120 dias.

2 — Salvo o disposto do número seguinte, o número de lugares a fixar para cada carreira é estabelecido globalmente para o conjunto de categorias ou classes da mesma carreira.

3 — O lugar de cozinheiro principal é criado com observância da regra de densidade de 1 cozinheiro principal por cada 6 trabalhadores desta carreira profissional.

ARTIGO 13.º

(Remunerações)

1 — Aos chefes de serviços auxiliares, encarregados de serviços gerais e encarregados de sector são atribuídas, respectivamente, as letras I, J e K da tabela salarial da função pública.

2 — Às categorias de 1.ª, 2.ª e 3.ª classes das carreiras de ajudante de enfermaria e de cozinheiro correspondem, respectivamente, as letras N, P e Q e à de cozinheiro principal a letra L.

3 — Às categorias das restantes carreiras profissionais são atribuídas as letras O, Q e R, conforme sejam, respectivamente, de 1.ª, 2.ª ou 3.ª classes.

ARTIGO 14.º

(Regras de transição)

1 — O pessoal auxiliar dos serviços e estabelecimentos dependentes das Secretarias de Estado da Segurança Social e da Família transita para as novas carreiras e categorias, de acordo com as funções efectivamente desempenhadas à data da entrada em vigor do presente diploma e com os seguintes critérios:

a) Os encarregados dos serviços domésticos e encarregados do sector com, pelo menos, 10 anos de serviço transitam, observado o condicionalismo previsto no artigo 3.º, para a categoria de encarregado de sector;

b) Os encarregados de serviços domésticos e encarregados de sector que não puderem beneficiar da regra de transição prevista no número anterior manterão as respectivas categorias, passando a auferir a remuneração correspondente à letra N da tabela salarial da função pública, em situação de lugar a extinguir quando vagar;

c) O restante pessoal transita para as novas carreiras e categorias tendo em atenção o respectivo tempo de serviço nos termos do artigo 9.º, considerando-se todo o tempo de serviço em instituições oficiais do Estado como prestado na carreira.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, serão elaboradas listas, que, depois de aprovadas pelos dirigentes dos serviços, serão distribuídas pelos diversos locais de trabalho com a menção de que delas cabe reclamação, a deduzir no prazo de 15 dias, a contar da data da sua afixação.

3 — Esgotado o prazo mencionado no número anterior, as listas serão submetidas à aprovação do Ministro dos Assuntos Sociais.

4 — Cumpridas as formalidades referidas nos números anteriores, os provimentos far-se-ão de acordo com o estabelecido na lei geral.

5 — A transição a que se refere o n.º 1 do presente artigo far-se-á de acordo com o disposto no artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 146-C/80, de 22 de Maio.

ARTIGO 15.º

(Salvaguarda de direitos adquiridos)

1 — A aplicação do disposto neste diploma não prejudicará, em caso algum, a situação que os funcionários já detêm.

2 — Aos trabalhadores que, por força da lei, transitaram de outras instituições oficiais de segurança social será contado, para efeitos de aplicação das regras contidas no presente diploma, o tempo de serviço nas mesmas prestado.

3 — Para concretização do preceituado no número anterior exige-se, no entanto, que o conteúdo funcional da carreira em que os trabalhadores estavam inseridos corresponda ao da carreira onde foram integrados.

ARTIGO 16.º

(Prevalência)

O presente diploma prevalece sobre quaisquer disposições especiais.

Francisco José Pereira Pinto Balsemão — João Maurício Fernandes Salgueiro — Luís Eduardo da Silva Barbosa — José Manuel Meneres Sampaio Pimentel.

Promulgado em 22 de Janeiro de 1983.

Publique-se.

O Presidente da República, ANTÓNIO RAMALHO EANES.

Referendado em 25 de Janeiro de 1983.

O Primeiro-Ministro, *Francisco José Pereira Pinto Balsemão.*

MINISTÉRIO DOS NEGÓCIOS ESTRANGEIROS

Direcção-Geral dos Negócios Económicos

Decreto do Governo n.º 10/83

de 9 de Fevereiro

O Governo decreta, nos termos da alínea *c*) do artigo 200.º da Constituição, o seguinte:

Artigo único. É aprovado o Protocolo Adicional Anexo ao Acordo entre a República Portuguesa, por

Apêndices

Apêndices A

(Questionário Sociodemográfico)

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Código: _____

Questionário Sociodemográfico

1. Sexo Masculino ☐ Feminino ☐

2. Idade: _____

3. Qual o seu grau de escolaridade?

1º Ciclo do ensino básico (4.ª classe) ☐
2º Ciclo do ensino básico (5º/6º ano) ☐
3º Ciclo do ensino básico (7º ao 9.º ano) ☐
Ensino Secundário ☐
Licenciatura ☐
Mestrado ☐
Doutoramento ☐
Outro ☐ Qual?_____

4. Qual a sua profissão?

Médico/a ☐ Assistente Social ☐ Psicólogo/a ☐ Enfermeiro/a ☐
Fisioterapeuta ☐ Terapeuta de Reabilitação Psicomotora ☐
Auxiliar de ação médica ☐ Animador/a Social ☐ Administrativo/a ☐
Auxiliar de serviço geral ☐ Copeira ☐ Ajudante de cozinha ☐ Cozinheiro/a ☐

5. Há quantos anos trabalha nesta instituição? _____

6. Quantas horas por dia contata com os utentes desta instituição? _____

7. Recebeu formação na área da demência?
Sim ☐ Não ☐

8. Recebeu formação na área dos cuidados continuados a utentes?

Sim ☐ Não ☐

Apêndice B

(Pedido de Autorização às UCC)

Investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica
(Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica)

Pedido de autorização para a administração de questionários

O presente trabalho de investigação decorre no âmbito da realização da dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica (Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica) do Instituto Superior Miguel Torga (Coimbra), sob orientação da Professora Doutora Mariana Marques. Tem como objetivo estudar a auto-compaixão, o *coping* e a resiliência nos cuidadores formais de utentes de uma Unidade de Cuidados Continuados.

Para concretizarmos este objetivo, necessitamos que autorize a administração/recolha de um protocolo composto por alguns questionários junto dos profissionais da sua instituição. O protocolo é constituído por três questionários de resposta rápida e um questionário sociodemográfico.

A participação de todos os profissionais, embora voluntária, é muito importante para a realização deste estudo. Todos os dados recolhidos têm a garantia de confidencialidade, e obedecem aos preceitos orientadores para a elaboração de trabalhos científicos, sendo utilizadas apenas para fins estatísticos.

O investigador está disponível para qualquer esclarecimento acerca do estudo, se assim for o desejo do participante.

Estamos certos da sua compreensão e aguardamos a sua confirmação.

Obrigada pela sua disponibilidade e colaboração.

Assinatura/rubrica:

Leiria, _____de _____de_____

Contacto: 916373899 e-mail: priscilaribeiro_1@hotmail.com

ive.com/default.aspx?id=64855#tid=cn Microsoft Corporation... Outlook.com - priscilaribeir... Facebook

New Reply | Delete Archive Junk | Sweep Move to Categories ••• priscila ribeiro

Bom dia,

Sou uma aluna de Mestrado em Psicologia Clínica (Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica) do Instituto Superior Miguel Torga (Coimbra) e gostaria de saber se posso realizar parte do meu estudo na vossa instituição.

O tema em estudo é "Correlatos Psicológicos de Profissionais que trabalham numa Unidade de Cuidados Continuados". Tem como objetivo estudar a auto-compaixão, o *coping* e a resiliência nos cuidadores formais de uma Unidade de Cuidados Continuados.

Para concretizar este objetivo, necessita-se do preenchimento de três questionários de resposta rápida e um questionário sociodemográfico.

Todos os dados recolhidos têm a garantia de confidencialidade, e obedecem aos preceitos orientadores para a elaboração de trabalhos científicos, sendo utilizadas apenas para fins estatísticos.

Segue em anexo os questionários.

Atenciosamente,

Sweep to Delete

Sweep away all those old newsletters with Schedule Cleanup.

Learn more

© 2014 Microsoft Terms Privacy & cookies Developers English (United States) AdChoices

PT 00:38 11-06-2014

Apêndice C

(Consentimento Informado)

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Código: _____

Investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica
(Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica)

Consentimento Informado

Estamos a solicitar a sua participação no estudo "Correlatos Psicológicos de Profissionais que trabalham numa Unidade de Cuidados Continuados". Antes de ceder a sua autorização para participar neste estudo, pedimos-lhe que leia este pequeno texto.

Este trabalho de investigação decorre no âmbito da realização da dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica (Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica) do Instituto Superior Miguel Torga (Coimbra). Tem como objetivo estudar a auto-compaixão, o *coping* e a resiliência nos cuidadores formais de uma Unidade de Cuidados Continuados.

Para concretizarmos este objetivo, necessitamos que preencha três questionários de resposta rápida e um questionário sociodemográfico.

A sua participação, embora voluntária, é muito importante para a realização deste estudo. Todos os dados recolhidos têm a garantia de confidencialidade, e obedecem aos preceitos orientadores para a elaboração de trabalhos científicos, sendo utilizadas apenas para fins estatísticos.

O investigador está disponível para qualquer esclarecimento acerca do estudo, se assim for o desejo do participante.

Se, em algum momento, optar por não continuar, é livre de desistir e entregar o protocolo. Uma vez terminado o protocolo, por favor, devolva-o.

Obrigada pela sua disponibilidade e colaboração.

Declaro que fui esclarecido acerca dos objetivos e procedimentos desta investigação e que aceito participar nela de livre vontade, além de autorizar o uso dos dados para os fins estatísticos relacionadas com esta pesquisa.

Assinatura/rubrica:

Leiria, _____de _____de_____

Contacto: 916373899 e-mail: priscilaribeiro_1@hotmail.com