

na atribuição de médico e procurando juntar o agregado familiar numa só lista de médico de família.

#### Artigo 4.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 27 de agosto de 2015. — *Paulo Sacadura Cabral Portas* — *Maria Luís Casanova Morgado Dias de Albuquerque* — *Fernando Serra Leal da Costa*.

Promulgado em 1 de outubro de 2015.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 5 de outubro de 2015.

O Primeiro-Ministro, *Pedro Passos Coelho*.

#### ANEXO I

(a que se referem os n.ºs 1 e 2 do artigo 2.º)

##### **Aumento da lista de utentes para profissionais médicos com período normal de trabalho semanal de 35 horas**

Aumento da lista de utentes/Médico	Incentivo remuneratório
2246 a 2302 unidades ponderadas . . . . .	648,6 €
2303 a 2356 unidades ponderadas . . . . .	741,3 €

#### ANEXO II

(a que se referem os n.ºs 1 e 2 do artigo 2.º)

##### **Aumento da lista de utentes para profissionais médicos com período normal de trabalho semanal de 40 horas**

Aumento da lista de utentes/Médico	Incentivo remuneratório
2632 a 2685 unidades ponderadas . . . . .	556,0 €
2686 a 2741 unidades ponderadas . . . . .	648,6 €
2742 a 2796 unidades ponderadas . . . . .	741,3 €

#### **Portaria n.º 340/2015**

**de 8 de outubro**

A Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro — Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (LBCP) —, consagra o direito, e regula o acesso, dos cidadãos aos cuidados paliativos, define a responsabilidade do Estado em matéria de cuidados paliativos e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP).

Para plena produção de efeitos da LBCP torna-se necessário, de acordo com a base XXXIV, regulamentar as bases XI, XIV, XXIII, XXVII e XXVIII.

A base XI da LBCP estabelece que a Coordenação da RNCP é, a nível nacional, assegurada pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), que passa a integrar a orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., e, a nível regional, pelas Administrações Regionais de Saúde, I. P. (ARS, I. P.).

Importa assim, através do presente diploma, regulamentar a caracterização dos serviços que integram a RNCP, a admissão dos doentes, os recursos humanos, bem como as condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos.

A presente portaria identifica e caracteriza as equipas locais da RNCP, bem como os respetivos serviços, destacando o papel das equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos na prestação de cuidados domiciliários de forma a garantir a permanência do doente em fim de vida no seu ambiente comunitário e familiar.

No que respeita ao acesso e à prioridade na admissão de doentes nas equipas locais, os mesmos devem assentar em critérios clínicos a definir pela CNCP.

Ainda sobre o acesso e a prioridade na admissão, compete às ARS, I. P., através das equipas coordenadoras regionais da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), previstas no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, monitorizar as admissões de doentes, garantindo a equidade no acesso.

As condições de instalação de cuidados paliativos obedecem aos requisitos mínimos constantes do anexo ao presente diploma, do qual faz parte integrante.

Assim:

Ao abrigo do disposto no n.º 1 da Base XXXIV da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, manda o Governo, pelo Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, o seguinte:

#### CAPÍTULO I

##### **Disposições gerais**

#### Artigo 1.º

##### **Objeto e âmbito de aplicação**

1 — A presente portaria regula, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, adiante designada por RNCP:

- A caracterização dos serviços e a admissão nas equipas locais;
- As condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos.

2 — A presente portaria aplica-se às entidades integradas na RNCP.

3 — A RNCP é coordenada, a nível regional, pelas respetivas Administrações Regionais de Saúde, através de um profissional de saúde com formação em cuidados paliativos que integre as Equipas Coordenadoras Regionais da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

#### CAPÍTULO II

##### **Da RNCP**

##### SECÇÃO I

##### **Operacionalização da RNCP**

#### Artigo 2.º

##### **Equipas locais de cuidados paliativos**

1 — As equipas de prestação de cuidados paliativos, a nível local, são:

- As unidades de internamento de cuidados paliativos (UCP);

b) As equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP);

c) As equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP).

2 — As equipas locais referidas no número anterior encontram-se integradas na RNCP e articulam-se entre si e com as Equipas Coordenadoras Regionais da RNCCI, previstas no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

3 — As UCP podem ter diferentes valências assistenciais e funcionar em instalações da RNCCI.

4 — Nas unidades de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção da RNCCI, previstas no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, podem também ser prestados cuidados paliativos, desde que assegurados os serviços constantes do artigo 7.º

### Artigo 3.º

#### Competências das equipas locais de cuidados paliativos

Compete às equipas locais no seu âmbito de referência:

a) Proceder à admissão ou readmissão dos doentes com necessidade de cuidados paliativos;

b) Articular com as outras equipas locais a afetação ou a transferência de doentes, tendo em vista a prestação de cuidados paliativos eficazes, oportunos e eficientes àqueles que, independentemente da idade e patologia, cumpram os critérios definidos pela Comissão;

c) Articular-se com as Equipas Coordenadoras Regionais da RNCCI;

d) Definir e concretizar, em relação a cada doente, um plano individual de cuidados;

e) Divulgar junto da população a informação sobre cuidados paliativos e acesso à RNCP;

f) Articular-se com os outros prestadores de cuidados de saúde, na sua área de influência.

## SECÇÃO II

### Recursos humanos

#### Artigo 4.º

##### Profissionais das equipas locais de cuidados paliativos

As equipas locais de cuidados paliativos integram, no mínimo, profissionais das áreas da medicina, enfermagem, psicologia e serviço social, todos com formação específica em cuidados paliativos, devendo integrar outros profissionais sempre que a complexidade dos cuidados prestados o justifique, nos termos a definir pela CNCP e ouvidas as respetivas Ordens e Associações Profissionais.

## SECÇÃO III

### Organização

#### Artigo 5.º

##### Direção das equipas locais de cuidados paliativos

Cada equipa local funciona sob a direção de um profissional de saúde com formação e experiência reconhecida em cuidados paliativos, nomeadamente tendo em consideração qualificações existentes, ao qual compete, nomeadamente:

a) Garantir a elaboração do regulamento interno;

b) Planear, coordenar e monitorizar as atividades desenvolvidas;

c) Promover o trabalho interdisciplinar;

d) Promover a formação inicial e contínua dos profissionais da equipa;

e) Promover a melhoria da qualidade dos serviços através da avaliação de estruturas, processos e resultados.

## SECÇÃO IV

### Caracterização das Equipas locais de cuidados paliativos

#### Artigo 6.º

##### Caracterização da UCP

1 — A UCP é um serviço específico de tratamento em regime de internamento para doentes que necessitam de cuidados paliativos diferenciados e multidisciplinares, nomeadamente em situação clínica aguda complexa.

2 — A UCP deve estar integrada num hospital ou noutra unidade de saúde do setor público, social ou privado.

3 — As UCP podem diferenciar-se em função de patologias específicas, nomeadamente na área das doenças oncológicas, neurológicas rapidamente progressivas, da infeção VIH/SIDA e na área pediátrica.

4 — As UCP podem diferenciar-se ainda em razão do desenvolvimento de atividades de docência e de investigação, devendo neste caso estar sediadas em hospitais centrais ou universitários.

#### Artigo 7.º

##### Serviços assegurados pela UCP

A UCP deve assegurar, designadamente:

a) Cuidados médicos e de enfermagem permanentes;

b) Intervenção psicológica para doentes, familiares e profissionais;

c) Intervenção e apoio social;

d) Apoio e intervenção no luto;

e) Intervenção espiritual;

f) Exames complementares de diagnóstico;

g) Prescrição e administração de fármacos que constem do Formulário Nacional de Medicamentos, no respeito pelas normas de orientação clínica da Direção-Geral da Saúde;

h) Higiene, conforto e alimentação;

i) Convívio e lazer;

j) Formação em cuidados paliativos.

#### Artigo 8.º

##### Caracterização da EIHSCP

1 — A EIHSCP é uma equipa multidisciplinar, dotada de recursos específicos.

2 — A EIHSCP presta:

a) Aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos doentes e suas famílias;

b) Assistência na execução do plano individual de cuidados aos doentes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação.

3 — A EIHS CP articula-se e complementa-se com outras unidades e equipas da instituição de saúde onde se encontra integrada.

#### Artigo 9.º

##### Serviços assegurados pela EIHS CP

A EIHS CP assegura, designadamente:

- a) Consulta e acompanhamento de doentes internados na instituição de saúde onde se encontra integrada;
- b) Intervenção psicológica para doentes, profissionais e familiares;
- c) Intervenção e apoio social;
- d) Apoio e intervenção no luto;
- e) Intervenção espiritual;
- f) Assessoria aos profissionais dos serviços da instituição de saúde onde se encontra integrada;
- g) Formação em cuidados paliativos.

#### Artigo 10.º

##### Caracterização da ECSCP

1 — A ECSCP é uma equipa multidisciplinar que pode estar integrada nas estruturas dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) ou das Unidades Funcionais de Prestação de Cuidados de Saúde Primários, designadamente nas Unidades de Cuidados na Comunidade das estruturas dos ACES ou das estruturas das Unidades Locais de Saúde, e dotada de recursos específicos.

2 — A ECSCP presta cuidados domiciliários de modo a garantir a permanência do doente em fim de vida no seu ambiente comunitário e familiar.

3 — A ECSCP desenvolve a sua atividade em estreita articulação com as equipas de cuidados continuados integrados da RNCCI, previstas no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, e podem ser incluídas nas equipas de cuidados continuados integrados.

4 — A ECSCP depende do Diretor Executivo do ACES onde se encontra integrada.

5 — Poderão, ainda, vir a ser previstas ECSCP integradas em unidades do setor social ou privado.

#### Artigo 11.º

##### Serviços assegurados pela ECSCP

A ECSCP assegura, designadamente:

- a) Cuidados médicos e de enfermagem permanentes;
- b) Intervenção psicológica;
- c) Intervenção e apoio social;
- d) Apoio e intervenção no luto;
- e) Intervenção espiritual;
- f) Apoio e aconselhamento diferenciado, em cuidados paliativos, às unidades de cuidados de saúde primários, às unidades e equipas da rede nacional de cuidados continuados integrados e a outras instituições onde o doente resida;
- g) Tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos, de acordo com o nível de diferenciação da equipa;
- h) Prevenção da, e intervenção na, exaustão emocional dos profissionais de saúde;
- i) Gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais;
- j) Formação em cuidados paliativos.

## SECÇÃO V

### Referenciação e transferência dos utentes na RNCP

#### Artigo 12.º

##### Referenciação de utentes na RNCP

1 — A admissão de utentes nas equipas locais da RNCP, nos termos do previsto no artigo 3.º, é precedida de proposta de referenciação do profissional de saúde que assiste o doente e baseia-se em critérios de complexidade, gravidade e prioridade clínica, a definir pela CNCP.

2 — Na referenciação do doente, deve ter-se em conta a proximidade da área do respetivo domicílio e, sempre que possível, a sua preferência na escolha da unidade ou equipa prestadora de cuidados, respeitados os limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

3 — A proposta prevista no n.º 1 é avaliada e validada pela Equipa Coordenadora Regional da RNCCI competente.

#### Artigo 13.º

##### Transferência de utentes na RNCP

1 — Sempre que clinicamente seja considerado adequado, o utente pode ser transferido mediante prévia autorização da Equipa Coordenadora Regional da RNCCI.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, a equipa local apresenta proposta fundamentada à Equipa Coordenadora Regional da RNCCI.

## SECÇÃO VI

### Condições de instalação das unidades da RNCP

#### Artigo 14.º

##### Condições de instalação

As condições de instalação das unidades da RNCP compreendem todos os requisitos relativos à construção, à segurança das instalações e das pessoas, no que se refere a acessos, circulação, instalações técnicas e equipamentos, e ao tratamento de resíduos das unidades da RNCP, independentemente de se tratar de nova construção de raiz, remodelação ou adaptação de edifícios.

#### Artigo 15.º

##### Instalações

1 — As instalações de unidades de cuidados paliativos da RNCP obedecem à legislação em vigor, nomeadamente no que respeita a:

- a) Localização;
- b) Terreno;
- c) Construção, incluindo arquitetura, fundações e estrutura;
- d) Instalações e equipamentos de águas e esgotos;
- e) Instalações e equipamentos elétricos e de gás, quando aplicável;
- f) Instalações e equipamentos mecânicos, incluindo as centrais e redes de gases medicinais;
- g) Instalações e equipamentos de segurança contra incêndios;
- h) Equipamento geral;
- i) Equipamento médico;
- j) Sistemas de gestão de resíduos, consoante a respetiva natureza.

2 — A definição e caracterização dos espaços necessários ao desenvolvimento das atividades das unidades da

RNCP devem ainda obedecer às condições específicas de instalação previstas no anexo à presente portaria, da qual faz parte integrante.

3 — Sem prejuízo do disposto na presente portaria, o licenciamento de construção e autorização de utilização rege-se pela legislação aplicável.

### CAPÍTULO III

#### Disposições finais

##### Artigo 16.º

##### Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no prazo de 60 dias após a sua publicação.

O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*, em 16 de setembro de 2015.

ANEXO

#### RNCP — Rede Nacional de Cuidados Paliativos

##### Unidades de Internamento de Cuidados Paliativos

##### 1 — Arquitetura

Sem prejuízo dos requisitos técnicos estabelecidos na legislação em vigor, as instalações das unidades previstas neste diploma devem ainda observar os seguintes:

##### 1.1 — Programa funcional tipo:

Especificações mínimas:

Nota prévia:

As instalações referidas de seguida são consideradas por módulos máximos de 20 camas e por piso de internamento.

Na unidade de internamento de cuidados paliativos 40 %, pelo menos, dos quartos são individuais, sendo os restantes quartos duplos.

Designação	Função do compartimento	Área útil (mínima) m <sup>2</sup>	Largura (mínima) m	Obs.
<b>Área de receção</b>				
Átrio .....		—	—	Pode ser comum a outras unidades.
Posto de atendimento .....		—	—	Pode ser comum a outras unidades. Receção de visitas e encaminhamento.
IS de visitantes .....		— a)	—	Pode ser comum a outras unidades/va- lências. a) Mínimo, uma adaptada a pessoas com mobilidade condicionada.
<b>Área de direção e administrativa</b>				
Gabinete da Direção .....	Gestão da unidade .....	—	—	Opcional. Pode ser comum a outras unidades.
Sala de secretariado .....	Zona de atividade administra- tiva e de arquivo clínico.	—	—	Opcional. Pode ser comum a outras unidades.
<b>Área de atendimento</b>				
Gabinete de atendimento .....	Atendimento a familiares .....	12		Pode ser comum a outras unidades.
<b>Área de refeições, de convívio e de atividades</b>				
Copa .....	Apoio à área de internamento Receção e conferência de dietas. Preparação de refeições ligeiras.	8	—	Com tina de bancada.
Refeitório .....	Sala de refeições .....	2 m <sup>2</sup> por utente (por utilização, em simul- tâneo, no mínimo de 50 % dos utentes).	—	Pode ser comum a outras unidades. Pode ser sala única, adequadamente di- vidida, ou várias salas perfazendo no total a área estabelecida. Com lavatório.
Sala de convívio/atividades .....	Sala para convívio de doentes e familiares.	2 m <sup>2</sup> por utente (por utilização, em simul- tâneo, no mínimo de 80 % dos utentes).	—	Pode ser comum a outras unidades. Pode ser sala única, adequadamente di- vidida, ou várias salas perfazendo no total a área estabelecida.
IS associadas .....		5 a)	—	a) Devem ser previstas duas IS separa- das por sexos, adaptadas a pessoas com mobilidade condicionada.

Designação	Função do compartimento	Área útil (mínima) m <sup>2</sup>	Largura (mínima) m	Obs.
<b>Área de quartos e higiene pessoal</b>				
Quarto . . . . .	Com 1 cama . . . . . Com 2 camas . . . . .	12 18	—	O corredor interior de acesso à IS do quarto não conta para a área útil do mesmo.
IS de cada quarto . . . . .		5	—	Acesso privativo do quarto, adaptada a pessoas com mobilidade condicionada e com zona de duche com ralo no pavimento. Com uma área livre correspondente à de um círculo de 1,5 m de diâmetro.
Banho assistido . . . . .	Banho assistido de doentes . . . . .	10	2,8	Deve ter, preferencialmente, localização central na unidade de internamento. Podem ser comuns a outras unidades. Com sanita e lavatório.
<b>Área médica e de enfermagem</b>				
Posto de enfermagem . . . . .	Com zonas de armazenamento, de preparação de medicação e de registos.	12	—	Deve ter, preferencialmente, localização central na unidade. A zona de registos deve permitir a visualização da circulação na unidade.
Gabinete médico/de enfermagem . . . . .		12	—	Pode ser comum a outras unidades. Deve ter lavatório.
<b>Área de pessoal</b>				
Sala de trabalho multidisciplinar . . . . .	Trabalho de profissionais da unidade, reuniões e pausa.	14	—	Deve ter localização próxima do posto de enfermagem. Podem ser comuns a outras unidades/valências.
Vestiários de pessoal . . . . .	Com zona de cacifos, IS associadas e chuveiros.	—	—	Podem ser comuns a outras unidades/valências. Separados por sexos.
<b>Área de logística (pode ser comum a outras unidades/valências)</b>				
Zona de material clínico . . . . .	Arrumação de material clínico	—	—	Possibilidade de arrumação em armário/estante/carro.
Zona de material de consumos . . . . .	Arrumação de material de consumo.	—	—	Possibilidade de arrumação em armário/estante/carro.
Zona de roupa limpa . . . . .	Arrumação de roupa limpa . . . . .	—	—	Possibilidade de arrumação em armário/estante/carro.
Sala de equipamento de limpeza . . . . .	Arrumação de material e carro de limpeza.	4	—	Equipada com lavatório e pia de despejo com torneira.
Sala de desinfecção . . . . .	Para lavagem e desinfecção de material clínico.	4	—	Opcional. Equipada com tina de lavagem e torneira de comando não manual.
Sala de lavagem e desinfecção de arrastadeiras . . . . .		—	—	Equipada com lavatório e pia de despejos. Dispensável quando na unidade existirem apenas arrastadeiras descartáveis.
Sala de sujos e despejos . . . . .	Para arrumação temporária de sacos de roupa suja, sacos de resíduos e para despejos.	4	—	Possibilidade de existência de sala única que reúna as funções de sala de equipamento de limpeza e sala de sujos e despejos. Equipada com lavatório e pia de despejos.

Designação	Função do compartimento	Área útil (mínima) m <sup>2</sup>	Largura (mínima) m	Obs.
<b>Casa mortuária</b>				
Depósito de cadáveres . . . . .	Para depósito temporário de cadáveres.	10	—	Deve existir, no mínimo, uma por unidade (no sentido de edifício). Com lavatório.

#### Áreas complementares:

Salvo se os serviços forem contratados a terceiros, os requisitos técnicos das áreas complementares de esterilização, cozinha e lavandaria são os que se encontram previstos na legislação em vigor aplicável a estas áreas funcionais.

As respetivas áreas podem ser comuns a outras unidades ou valências.

#### 1.2 — Outros requisitos de arquitetura:

Todos os corredores destinados à circulação de macas devem ter o mínimo de 2,00 m úteis de largura. Em casos excecionais de edifícios cuja estrutura não permita adaptação a este requisito, admite-se que os corredores destinados à circulação de macas possam ter o mínimo de 1,40 m úteis de largura, devendo ser previstas bolsas de alargamento com 2,00 m de largura útil à entrada dos quartos para cruzamento de duas macas.

Não são permitidas rampas nem degraus nas circulações horizontais do interior do edifício.

Os quartos têm de ter iluminação e ventilação naturais e equipamento que permita o seu completo obscurecimento.

Sempre que a unidade de cuidados continuados tiver um desenvolvimento superior a um piso deve haver uma escada principal com uma largura não inferior a 1,40 m e pelo menos outra de serviço, com exceção para pisos com acesso de nível ao exterior.

As portas dos quartos, salas de observação/tratamento e banhos assistidos devem ter o mínimo de 1,15 m de largura útil.

Todas as instalações sanitárias de doentes devem ser acessíveis por pessoas com mobilidade condicionada. Os acessos às instalações sanitárias não devem devassar os locais de circulação dos utentes e do pessoal.

As instalações sanitárias devem ser privativas por cada quarto. Excetua-se a zona de duche, que pode ser partilhada por cada 2 quartos, salvaguardada a devida privacidade.

Nas instalações sanitárias, as portas devem abrir para fora sem criar conflitos de circulação ou ser de correr pelo exterior da parede, por questões de higienização. Todas as fechaduras devem ser comandadas pelo exterior por intermédio de chave mestra. Os puxadores das portas devem ser de manípulo e as fechaduras devem permitir a abertura pelo interior e pelo exterior.

Devem ser previstos dispensadores de desinfetante nos quartos, para a desinfeção das mãos dos profissionais (sendo dispensável a existência de lavatórios; a lavagem de mãos poderá ser feita na IS).

Em todos os gabinetes onde haja prestação de cuidados a doentes deve ser instalado lavatório com torneira de comando não manual.

Caso a unidade se situe a um nível diferente do piso de entrada, deve existir monta-camas com as dimensões mínimas de 2,40 × 1,40 × 2,30 m (comprimento × largura × altura),

com porta automática de 1,30 m de abertura útil e altura livre de passagem de 2,10 m.

Em caso de impossibilidade de instalação do previsto no ponto anterior, admite-se a instalação de monta-macas, com as dimensões mínimas de 2,10 × 1,30 × 2,20 m (comprimento × largura × altura), com porta automática de 1,20 m de abertura útil e altura livre de passagem de 2,0 m.

#### 2 — Especialidades de Engenharia

Sem prejuízo dos requisitos técnicos estabelecidos na legislação em vigor, as instalações das unidades previstas neste diploma devem ainda observar os seguintes:

##### 2.1 — Instalações e equipamentos elétricos:

Devem seguir-se as disposições regulamentares prescritas pela Portaria n.º 949-A/2006, de 11 de setembro, RTIEBT (Regras Técnicas de Instalações Elétricas de Baixa Tensão), nomeadamente em termos de segurança de pessoas e bens. Concretamente, devem ser implementadas as seguintes funcionalidades, sistemas, ou equipamentos:

2.1.1 — Instalação de um grupo eletrogéneo para efeitos de assegurar a alimentação de socorro ou de substituição, cujo objetivo é o de providenciar alimentação elétrica destinada a manter em funcionamento a instalação ou partes desta, em caso de falta da alimentação normal. Os equipamentos essenciais à segurança das pessoas devem ser alimentados por uma fonte de segurança ou de emergência, que não deve ser usada para outros fins, caso seja única. Desta forma, poderão coexistir, na mesma instalação, dois grupos eletrogéneos: um destinado à alimentação de socorro e outro, caso seja essa a opção do projetista, destinado aos circuitos de segurança ou de emergência <sup>(1)</sup>;

2.1.2 — As camas devem dispor de um sistema acústico-luminoso que assegure a chamada de enfermeira ou outro pessoal de serviço pelos doentes. Este sistema deve satisfazer as seguintes condições:

a) Incorporar um dispositivo de chamada e um sinalizador luminoso de confirmação de chamada localizado junto à cabeceira da cama ou em local visível pelo doente. O cancelamento da chamada só poderá ser efetuado no próprio compartimento onde se realizou a chamada. A chamada é assinalada por sinalização luminosa junto à porta de entrada da enfermaria ou quarto e no posto de enfermeira com sinal acústico e luminoso;

b) Possibilitar a transferência de chamadas para o local onde se encontre a enfermeira e a realização de chamadas de emergência;

c) Os demais compartimentos a que o doente tenha acesso, designadamente casas de banho, sanitários, refeitório e salas de estar, devem ser abrangidos pelo sistema de chamada de enfermeira;

d) O sistema deve ser considerado uma instalação de segurança.

2.1.3 — Todos os compartimentos devem dispor do número de tomadas de energia necessário à ligação individual

de todos os equipamentos cuja utilização simultânea esteja prevista (um equipamento por tomada) mais uma tomada adicional para equipamento de limpeza;

2.1.4 — Todos os compartimentos onde potencialmente possa ser utilizado equipamento telefónico ou informático devem dispor de uma tomada dupla por cada 10/12 m<sup>2</sup> de superfície, com um mínimo de uma tomada dupla por cada posto de trabalho ou equipamento dedicado;

2.1.5 — Todos os ascensores, quando existentes, devem dispor das condições para se movimentarem até ao piso de entrada em caso de falha de energia elétrica. Pelo menos um ascensor com capacidade para transporte de camas deve manter-se em funcionamento com alimentação de socorro;

2.1.6 — Recomenda-se a alimentação de todos os circuitos de iluminação pelo setor de socorro, na sua totalidade ou parcialmente, segundo critérios devidamente fundamentados no projeto da especialidade de Eletrotécnica. Recomenda-se, também, a adoção, na iluminação interior, das orientações constantes da Norma ISO 8995 CIE S 008/E de 15/05/2003, contendo as especificações da «Commission Internationale de l'Éclairage» sobre os níveis de iluminação e respetiva uniformidade em estabelecimentos de saúde, bem como sobre a capacidade de restituição de cores das fontes luminosas a utilizar e sobre a prevenção do desconforto visual;

2.1.7 — Além das instalações de iluminação de segurança e de vigília prescritas nas regras supramencionadas, nos locais onde o paciente permaneça acamado deve prever-se iluminação geral e iluminação de leitura ou de observação, à cabeceira da cama do paciente, assim como no espaço do acompanhante.

2.2 — Instalações e equipamentos mecânicos:

2.2.1 — Climatização

De acordo com a legislação em vigor:

Condições interiores de referência:

a) Condições interiores de conforto:

Inverno: 20°C;

Verão: 25°C; 50 % HR;

b) Taxa de renovação de ar: 0,6 ren/h;

De acordo com a legislação em vigor:

Caudais mínimos de ar novo de acordo com a legislação em vigor.

Observações:

Nas salas de apoio com eventual produção de ambientes poluídos, devem ser aplicados sistemas de extração forçada

de ar, devendo ser consideradas nesses casos as seguintes taxas de extração de ar:

Sala de sujos e despejos: 10 ren/h;

Instalações sanitárias: 10 ren/h.

Notas:

Todas as UTA (unidade de tratamento de ar) e UTAN (unidade de tratamento de ar novo) devem ser dotadas de módulo de pré-filtragem EU5 e de módulo de filtragem EU7.

É obrigatório prever sistemas de extração generalizados. O sistema de «sujos» deve ser independente do de «limpos».

As unidades terminais podem ser ventiloconvectores ou unidades de indução.

2.2.2 — Instalações de gases medicinais:

É obrigatória, em todas as unidades, a existência de oxigénio, aspiração/vácuo, nomeadamente nos quartos, bem como nas salas de tratamento e, de preferência, também nas salas de convívio e nas salas de refeições.

Requisitos:

A central de vácuo deve ser fisicamente separada das restantes, com a extração do sistema situada a uma cota de, pelo menos, 3 m acima das admissões de ar próximas;

Se o ar comprimido respirável for produzido por compressores, a central deve ser fisicamente separada das restantes;

Todas as centrais devem ter uma fonte primária, uma fonte secundária e uma fonte de reserva, de comutação automática;

As tomadas devem ser de duplo fecho, não intermutáveis de fluido para fluido;

A utilização do tubo de poliamida apenas pode ser permitida nas calhas técnicas, suportes de teto e colunas de teto, quando integrado pelo fabricante e desde que acompanhado dos respetivos certificados CE medicinais.

2.2.3 — Instalações frigoríficas

Deve existir frigorífico de modelo laboratorial próprio para a conservação de medicamentos, certificado para o efeito, equipado com registador de temperatura e alarme.

(<sup>1</sup>) Em substituição do segundo grupo eletrogéneo com motor de combustão interna, poder-se-á recorrer a outro tipo de alimentação alternativa, tal como uma UPS — Unidade de Alimentação Ininterrupta, não havendo critério de obrigatoriedade neste aspeto, deixando-se margem para que, desde que tecnicamente bem fundamentada, seja utilizada uma ou outra solução.

I SÉRIE



Depósito legal n.º 8814/85

ISSN 0870-9963

Diário da República Eletrónico:

Endereço Internet: <http://dre.pt>

Contactos:

Correio eletrónico: [dre@incm.pt](mailto:dre@incm.pt)

Tel.: 21 781 0870

Fax: 21 394 5750