

gante o número de refeições efetivamente servidas, por escola e por escalão, que servirá de base ao cálculo da comparticipação efetiva.

3 — A transferência da verba referida na cláusula anterior efetua-se conforme estabelecido na 4.ª cláusula do Contrato Programa, em 3 prestações, sendo calculado o valor da 1.ª e da 2.ª por estimativa do número de refeições servidas e calculado o valor da 3.ª prestação a partir da comparticipação por refeição inerente ao número total de refeições servidas no ano letivo, abatido dos valores transferidos nas prestações anteriores.»

7 de novembro de 2016. — Pelo Primeiro Outorgante, a Diretora-Geral dos Estabelecimentos Escolares, *Maria Manuela Faria*. — Pelo Segundo Outorgante, o Presidente da Câmara Municipal de Vila Franca de Xira, *Alberto Simões da Maia Mesquita*.

310523847

SAÚDE

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

Despacho n.º 5479/2017

O XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabelece como prioridade, promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública, defendendo que a obtenção de ganhos em saúde resulta da intervenção nos vários determinantes de forma sistémica, sistemática e integrada, e salientando como fundamental a política de promoção de uma alimentação saudável. Também a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e da governação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), constituem-se como prioridades.

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (extensão a 2020) define como dois dos seus quatros eixos estratégicos, o acesso adequado a cuidados de saúde e a qualidade na saúde.

Neste âmbito, o Governo deu início à implementação de um conjunto de medidas para a promoção da saúde em geral, e em particular para a promoção de hábitos alimentares saudáveis. Destaca-se neste âmbito, a definição como programas de saúde prioritários as áreas da promoção da alimentação saudável e da atividade física, através do Despacho n.º 6401/2016, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 94, de 16 de maio de 2016. O Despacho n.º 7516-A/2016, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 108, de 6 de junho de 2016, no âmbito do qual foram adotadas medidas relativas à instalação e exploração das máquinas de venda automática das várias instituições do SNS, fixando por um lado um conjunto de produtos ricos em açúcar e sal adicionado cuja venda é proibida, e determinando por outro lado uma gama de alimentos saudáveis que devem ser disponibilizados. Numa lógica da saúde em todas as políticas, através da Deliberação n.º 334/2016, de 15 de setembro, o Conselho de Ministros criou um Grupo de Trabalho Interministerial para a elaboração de uma estratégia integrada para a promoção da alimentação saudável, que vise incentivar o consumo alimentar adequado e a consequente melhoria do estado nutricional dos cidadãos, com impacto direto na prevenção e controlo das doenças crónicas.

Por fim e através da Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro, que aprovou o Orçamento do Estado para 2017, procedeu-se à tributação das bebidas adicionadas de açúcar ou outros edulcorantes, de forma a contribuir para a redução do seu consumo, especialmente nos jovens e adolescentes.

Neste âmbito, importa agora investir numa política alimentar e nutricional nos estabelecimentos hospitalares do SNS. Sendo os estabelecimentos hospitalares do SNS uma organização especializada na recuperação do estado de saúde dos seus utentes, a alimentação e a terapia nutricional tornam-se áreas vitais e de impacto marcante para o doente, contribuindo diretamente para o seu bem-estar e melhoria da sua qualidade de vida, bem como propicia a redução do tempo de internamento, rentabilizando desta forma todos os recursos envolvidos.

No quadro da Resolução ResAP (2003)3 do Conselho da Europa sobre alimentação e cuidados nutricionais nos hospitais, adotada por dezoito Estados-Membros do Acordo Parcial no Domínio Social e da Saúde Pública incluindo Portugal, é recomendado aos Estados-Membros a elaboração e aplicação de recomendações nacionais para os cuidados alimentares e nutricionais nos hospitais. Nesta Resolução são enunciadas cerca de 100 recomendações específicas englobadas em diferentes categorias, como a da avaliação e tratamento nutricional, a da responsabilidade e educação dos prestadores dos cuidados nutricionais, das práticas alimentares, da alimentação e economia da saúde, a serem implementadas pelos hospitais com o propósito de combater a desnutrição hospitalar e promover a recuperação dos doentes e da sua qualidade de vida.

A prevalência de desnutrição em doentes internados em hospitais encontra-se largamente descrita na literatura apresentando valores, de-

pendendo dos critérios de avaliação e definição, e da população em estudo, entre os 20 % e 50 %. A desnutrição adquirida durante o internamento é, também, associada a um aumento da duração do tempo de internamento em, aproximadamente, mais 7 dias, comparativamente, com a ausência de desnutrição quer na admissão, quer no final do internamento. Além do mais, os doentes em risco de desnutrição e cujo internamento é mais prolongado podem, a menos que as suas necessidades nutricionais sejam satisfeitas, preferencialmente por via oral, através de uma dieta específica para a sua condição clínica, tornarem-se desnutridos aumentando as complicações, a duração do internamento, o tempo de recuperação e os custos associados.

A par da doença e do tratamento, outras variáveis têm sido apontadas como causas da desnutrição hospitalar, nomeadamente, a ingestão alimentar insuficiente causada pela prescrição de dietas modificadas, por exemplo, dietas sem sal, ou jejum antes dos exames, pela baixa qualidade e flexibilidade do serviço de restauração hospitalar e ainda pela ajuda insuficiente dos prestadores de cuidados de saúde.

A melhoria e ou alteração das dietas hospitalares e dos cuidados nutricionais desempenham assim um papel fulcral na prevenção da deterioração do estado nutricional do doente.

Neste sentido, é relevante a existência de estratégias que permitam a manutenção e ou a recuperação do estado nutricional do doente, ou seja, a prestação de cuidados nutricionais por parte da instituição deve, através da oferta alimentar, auxiliar na recuperação, aumentar a qualidade de vida do doente e reduzir a incidência de deficiências nutricionais e de desnutrição. Naturalmente, o fornecimento da alimentação em ambiente hospitalar proporciona, também, uma oportunidade para adotar hábitos alimentares saudáveis, particularmente no caso de utentes com doenças crónicas associadas à alimentação.

Importa assim, implementar uma política alimentar ao nível hospitalar, recorrendo à experiência internacional, que se traduza na adoção de recomendações para a alimentação hospitalar que visem combater a desnutrição hospitalar, promover a recuperação dos doentes e a sua qualidade de vida e simultaneamente promovam o trabalho em equipa entre os diferentes profissionais de saúde com o objetivo de melhorar a assistência nutricional do doente.

Neste âmbito, considera-se que a existência de um manual de dietas e tabela de capitações é de vital importância para o objetivo de uniformizar e padronizar as várias opções dietéticas adaptadas às necessidades nutricionais dos doentes, bem como informar toda a equipa envolvida com os cuidados dos mesmos sobre a nomenclatura, as indicações e as características de cada dieta padronizada, assim como a sua adequação nutricional.

Apesar da maioria dos hospitais possuírem os dois documentos, estes diferem de hospital para hospital no que respeita aos tipos de dietas, à sua nomenclatura, à composição das refeições e também às capitações utilizadas, conduzindo assim a uma disparidade no que se refere aos custos associados ao fornecimento de alimentação.

Importa assim criar um Grupo de Trabalho que defina uma estratégia com o objetivo de uniformizar as dietas hospitalares de forma a garantir o fornecimento de refeições nutricionalmente mais adequadas, e assim assegurar a qualidade dos cuidados de saúde nas entidades hospitalares do SNS.

Assim, determina-se:

1 — É constituído um grupo de trabalho com o objetivo de garantir o fornecimento de uma alimentação nutricionalmente adequada que contribui para a qualidade dos cuidados de saúde prestados nas entidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

2 — A estratégia referida no número anterior deve prever designadamente:

a) Recomendações para a alimentação hospitalar no SNS que visem:

i) Desenvolver e implementar um modelo uniforme de avaliação do estado nutricional no momento da admissão hospitalar;

ii) Combater a desnutrição hospitalar, nomeadamente através da identificação do risco nutricional;

iii) Promover o suporte nutricional adequado à recuperação dos doentes e a sua qualidade de vida;

iv) Promover o trabalho em equipa entre os diferentes profissionais de saúde com o objetivo de melhorar a assistência nutricional do doente, tendo por base a elaboração de ferramentas que permitam aperfeiçoar a comunicação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar envolvida no processo;

b) Um manual de dietas e tabela de capitações para todos os estabelecimentos do SNS que possibilite, nomeadamente:

i) A uniformização da nomenclatura dos tipos de dietas padronizadas a utilizar, facilitando a comunicação entre os diferentes profissionais dentro e entre hospitais;

ii) A padronização das características nutricionais e dietéticas de cada tipo de dieta no território nacional, na qual seja incluída a informação

nutricional, nomeadamente no que se refere ao conteúdo em hidratos de carbono;

iii) A redução do desperdício de recursos e alimentos;

iv) A referência comparativa dos custos por doente em termos de alimentação nos estabelecimentos hospitalares do SNS.

3 — O Grupo de Trabalho é constituído pelos seguintes elementos:

- a) Pedro Graça, em representação da Direção-Geral da Saúde, que coordena;
- b) Lélita da Conceição dos Santos, em representação da Coordenação Nacional para a Reforma dos Cuidados de Saúde Hospitalares;
- c) Ângela Mourato, em representação dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E.;
- d) Maria Dulcinea Pereira Albuquerque, em representação do Serviço de Utilização Comum dos Hospitais, a qual é substituída nas suas faltas e impedimentos por Jorge Manuel Carapau Pratas;
- e) Manuel Teixeira Veríssimo, em representação da Ordem dos Médicos;
- f) Sandra Abreu, em representação da Ordem dos Nutricionistas;
- g) Clara Matos, Diretora do Serviço de Nutrição do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E. P. E.;
- h) Graça Ferro, Diretora do Serviço de Nutrição e Alimentação da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E. P. E.;
- i) Maria da Graça Berardo Raimundo, Responsável do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital do Espírito Santo, Évora, E. P. E.;
- j) Paula Alves, Diretora do Serviço de Nutrição e Alimentação do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E. P. E.

4 — O Grupo de Trabalho apresenta no prazo de 180 dias a contar da entrada em vigor do presente despacho, o projeto de estratégia nos termos definidos nos n.ºs 1 e 2.

5 — Sempre que se mostre conveniente, podem ser convidados a colaborar com o grupo de trabalho outros elementos, a título individual ou como representantes dos serviços ou organismos dos ministérios envolvidos, ou outras entidades com reconhecido mérito na matéria em causa.

6 — A atividade dos representantes que integram o grupo de trabalho, bem como das entidades convidadas a nele participar nos termos do número anterior, não é remunerada.

7 — O apoio logístico e administrativo necessário ao funcionamento do Grupo de Trabalho é assegurado pela Direção-Geral da Saúde.

8 — O presente despacho entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

12 de junho de 2017. — O Secretário de Estado Adjunto e da Saúde,
Fernando Manuel Ferreira Araújo.

310566891

Despacho n.º 5480/2017

A atividade de doação estável e consolidada é fundamental para garantir a resposta às necessidades dos doentes que aguardam transplante, nomeadamente, de órgãos e tecidos. A carência de órgãos para transplantação, que existe à escala global, deve ser contrariada de forma dinâmica com a implementação de medidas corretivas possíveis e adequadas em cada momento, tendo em conta a evolução das circunstâncias epidemiológicas, demográficas e sociais.

Em Portugal tem-se assistido a um aumento progressivo dos níveis de doação e um consequente aumento da disponibilidade de órgãos e de transplantes, tendo sido alcançado em 2016 o maior número de dadores falecidos.

Tendo como objetivo manter e até expandir o índice de doação obtido, e atenuar eventuais oscilações negativas associadas à natureza imprevisível desta atividade, importa desenvolver um esforço nacional e permanente neste domínio.

Considerando que a falta de identificação e referenciação de possíveis dadores é a principal causa de baixos níveis de doação, especialmente em hospitais com elevado potencial de doação, todas as oportunidades devem ser precocemente identificadas e referenciadas, promovendo-se sistemática e obrigatoriamente a avaliação caso a caso, bem como a respetiva inscrição no Registo Português de Transplantação. Na atual realidade a deteção deve centrar-se nas situações do foro médico no circuito dos possíveis dadores, desde o serviço de urgência até aos serviços de medicina intensiva e outras unidades de internamento.

Sem prejuízo do desenvolvimento e extensão do programa de doação em dadores em paragem cardio-circulatória, é de vital importância valorizar o potencial de doação em morte cerebral existente nos hospitais portugueses. As funções do Coordenador Hospitalar de Doação (CHD), tal como definidas na Portaria n.º 357/2008, de 9 de maio, devem ser complementadas por Normas Hospitalares de Doação que agilizem os procedimentos de deteção e referenciação de possíveis dadores, a

implementar de acordo com a realidade específica de cada instituição hospitalar.

Assim, determina-se:

1 — Todos os hospitais com atividade de doação e colheita de órgãos e tecidos devem elaborar e implementar Normas Hospitalares de Doação, de acordo com a matriz normativa definida pelo Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I. P. (IPST, I. P.), tendo em vista a identificação eficaz de possíveis e potenciais dadores.

2 — Para efeitos de elaboração da matriz normativa das Normas Hospitalares de Doação referida no número anterior é criado um grupo de trabalho constituído pelos seguintes elementos:

- a) João Paulo Gaspar de Almeida e Sousa, Presidente do Conselho Diretivo do IPST, I. P., que preside;
- b) Ana Maria Monteiro Freire da Cruz França, Coordenadora Nacional de Transplantação do IPST, I. P.;
- c) Fernando Manuel Machado Rodrigues, do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E.;
- d) Irene Maria César Aragão, do Centro Hospitalar do Porto, E. P. E.;
- e) João Miguel Ferreira Ribeiro, do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E. P. E.;
- f) José Gerardo Gonçalves Oliveira, do Centro Hospitalar de São João, E. P. E.;
- g) Lucília Maria Neves Pessoa, do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E. P. E.;
- h) Luís Filipe Nunes Bento, do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E.;
- i) Maria Inês Trindade Barros, do Centro Hospitalar Tondela/Viseu, E. P. E.;
- j) Maria João Ribeiro Henriques, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E.

3 — No processo de elaboração da matriz normativa das Normas Hospitalares de Doação o grupo de trabalho deve ter em conta os circuitos dos possíveis dadores, alocação de meios, a atuação e a responsabilização dos intervenientes, focalizando-se no serviço de urgência, serviços de medicina intensiva, unidades de acidentes vasculares cerebrais e de neurocríticos e outras unidades de internamento, contemplando os aspetos organizativos e operacionais necessários.

4 — O grupo de trabalho funciona junto do IPST, I. P., que garante o apoio administrativo e logístico.

5 — Os membros do grupo de trabalho desenvolvem a sua atividade a título gratuito, sem prejuízo do reembolso das ajudas de custo nos termos da legislação em vigor, a suportar pelos respetivos serviços de origem.

6 — O grupo de trabalho apresenta a matriz normativa das Normas Hospitalares de Doação ao membro do Governo responsável pela área da saúde no prazo de 90 dias a contar da publicação do presente despacho.

7 — Após a divulgação pelo IPST, I. P., da matriz normativa das Normas Hospitalares de Doação os Conselhos de Administração dos hospitais dispõem de um prazo de 45 dias para elaborar e submeter a parecer vinculativo do IPST, I. P., as respetivas Normas Hospitalares de Doação.

8 — Compete aos Coordenadores Hospitalares de Doação controlar e monitorizar a implementação e aplicação das Normas Hospitalares de Doação, apresentando relatórios semestrais aos respetivos conselhos de administração, que os deverão avaliar e dar conhecimento ao IPST, I. P.

9 — O presente despacho produz efeitos no dia seguinte ao da sua publicação.

14 de junho de 2017. — O Secretário de Estado Adjunto e da Saúde,
Fernando Manuel Ferreira Araújo.

310569167

Gabinete do Secretário de Estado da Saúde

Despacho n.º 5481/2017

O n.º 4 do artigo 55.º do Decreto-Lei n.º 25/2017, de 3 de março, com a redação introduzida pelo Decreto-Lei n.º 55/2017, de 5 de junho, determinou a redução, em 35 %, dos encargos trimestrais com a aquisição de serviços externos de profissionais de saúde pelos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Considerando as dúvidas que se têm suscitado quanto à aplicação da medida em apreço, bem como a existência de situações muito diversas nos estabelecimentos do SNS no que toca à aquisição de serviços de profissionais de saúde;

Atendendo a que em determinadas regiões ou estabelecimentos de saúde existe carência de recursos humanos e que a redução em apreço poderia pôr em causa a adequada cobertura assistencial, determino:

1 — A redução, em 35 %, dos encargos trimestrais com a aquisição de serviços externos de profissionais de saúde pelos estabelecimentos do