ERS
ENTIDADE
REGULADORA
DA SAÚDE

DIREITOS E DEVERES DOS UTENTES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Ficha Técnica

Título: Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde

Editor: Entidade Reguladora da Saúde
Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100-455 Porto
e-mail: geral@ers.pt | telef.: 222 092 350 | fax: 222 092 351 | website: www.ers.pt

Ano: 2021 (1.ª edição)

N.º da última edição – data da última atualização: 14.ª edição – 02 de outubro de 2025

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2021
A reprodução de partes do conteúdo deste documento é autorizada, exceto para fins comerciais, desde que mencionando a ERS como autora, o título do documento, o ano de publicação e a referência "Porto, Portugal".

Na execução deste documento foi atendida a privacidade dos titulares de dados pessoais. O tratamento destes dados cumpriu as normas relativas à sua proteção, nomeadamente as constantes do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD).

Índice

DIREITOS E DEVERES DOS UTENTES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 1
I. Introdução 10
II. Direitos dos utentes 12
1. Direito à proteção da saúde 12
1.1 – O Serviço Nacional de Saúde 16
a) A universalidade 18
b) A generalidade 26
i. Cuidados de saúde primários 28
ii. Cuidados de saúde hospitalares 32
iii. Cuidados de saúde continuados integrados 35
iv. Cuidados paliativos 43
v. Cuidados de saúde prestados a beneficiários do SNS, por entidades dos setores privado, cooperativo ou social 47
c) A tendencial gratuitidade 54
2. Direito de acesso a cuidados de saúde 63
2.1 – Regras de acesso a cuidados de saúde no SNS 63
2.2 – O transporte de utentes 83
2.2.1 – Transporte não urgente 83
2.2.2 – Transporte urgente e emergente 89
2.3 – Transferência de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde 91
2.4 – Acesso a cuidados de saúde no estrangeiro 96
Direito de acesso dos utentes do SNS a assistência médica de grande especialização no estrangeiro 96
Direito de acesso a cuidados de saúde prestados em Estados Membros da União Europeia 97
2.5 – Acesso a cuidados de saúde fora do âmbito do SNS 106
2.5.1 – Acesso a cuidados de saúde garantido pela ADSE e demais subsistemas públicos 106
2.5.2 – Acesso a cuidados de saúde garantido por subsistemas privados 111
2.5.3 – Acesso a cuidados de saúde garantido por seguros de saúde 111
2.5.4 – Acesso a cuidados de saúde financiados pelo próprio utente 114
2.6 – A igualdade no acesso aos cuidados de saúde 114
2.7 – A liberdade de escolha 125
2.8 – Regimes específicos de acesso 129
2.8.1 – Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG): regime geral 130
2.8.2 – Acesso a Interrupção Voluntária da Gravidez por opção da mulher no SNS 134
2.9 – Outras formas de acesso a prestação de cuidados de saúde: as teleconsultas 143
3. Direito a cuidados de saúde de qualidade 149
4. Direito à decisão 155
4.1 – Direito à decisão livre e informada: consentimento e recusa 155

4.2 – Informação ... 158
4.2.1 – A quem compete informar o utente ... 160
4.2.2 – Quem deve ser informado ... 161
4.2.3 – Que informação deve ser prestada ... 162
4.2.4 – Em que momento deve ser prestada a informação ... 169
4.2.5 – Como deve ser garantido o esclarecimento do utente ... 169
4.2.6 – Limites ao dever de informar ... 170
4.3 – Forma ... 171
4.4 – Casos especiais ... 173
4.4.1 – Urgência e consentimento presumido ... 174
4.4.2 – Menores de idade ... 175
4.4.3 – Maiores de idade acompanhados ... 178
4.5 – Publicidade em saúde ... 179
4.6 – Diretivas antecipadas de vontade e Procuradores de Saúde ... 186
4.6.1 – Diretivas antecipadas de vontade ... 186
4.6.2 – Procurador e procuração de cuidados de saúde ... 190
4.6.3 – Registo Nacional de Testamento Vital ... 191
5. Direito de acesso à informação clínica e direito à proteção de dados pessoais, à reserva da vida privada e ao segredo profissional ... 193
5.1 – Direito de acesso à informação clínica ... 193
5.2 – Direito à proteção de dados pessoais, à reserva da vida privada e ao segredo profissional ... 201
6. Direito à assistência espiritual e religiosa ... 215
7. Direito ao acompanhamento ... 218
8. Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida ... 224
9. Direito a ser representado ou a constituir associações de defesa dos seus direitos ... 227
10. Direito a reclamar e apresentar queixa ... 235
10.1 – Resolução de conflitos: mediação ou conciliação ... 242
III. Deveres dos utentes ... 246
ANEXO I – LEGISLAÇÃO ... 247
ANEXO II – INTERVENÇÃO DA ERS ... 270
ANEXO III – JURISPRUDÊNCIA ... 273
ANEXO IV – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ... 274

Índice de Atualizações

Edição	Data	Capítulo(s) atualizado(s)/ introduzido(s)	Resumo das atualizações
01	16/06/2021	-	- Edição inicial
02	18/05/2022	1.1, a) 4.2.3 4.3	- Atualização legislativa
03	01/06/2022	1.1, c)	- Atualização legislativa
04	12/01/2023	1 1.1, a) 1.1, b) 1.1, b), i) 1.1, b), ii) 1.1, b), iii) 1.1, b), iv) 1.1, b), v) 1.1, c) 2.2.1 2.5.3 2.6 2.7 3 4.2.3 6 9	- Atualização legislativa - Intervenção regulatória da ERS
05	29/06/2023	1.1, a) 1.1, b), i) 2.1.1 2.2.1 2.4 3 4.2.2 4.2.3	- Atualização legislativa - Intervenção regulatória da ERS

		4.3 4.6.1 10	
06	24/08/2023	4.3 4.4.2	- Atualização legislativa
07	21/12/2023	2.8 2.8.1 2.8.2	- Novos conteúdos - Intervenção regulatória da ERS
08	01/03/2024	1 1.1, b) 1.1, b), i) 1.1, b), ii) 1.1, b), iv) 2.1.2 2.2.1 2.6 4.6.1 5.1 7 9 10	- Atualização legislativa - Intervenção regulatória da ERS
09	19/09/2024	1.1, a) 1.1, b), i) 1.1, b), iii) 2.1.1 2.1.2 2.2.2 4.5 4.6.1 5.1 7 10	- Atualização legislativa - Intervenção regulatória da ERS
10	29/10/2024	1 1.1, a) 1.1, b), v)	- Atualização legislativa

		2.8.1 9	
11	03/01/2025	2.9	- Novos conteúdos - Intervenção regulatória da ERS
12	07/08/2025	1.1, a) 1.1, b), i) 1.1, c)	- Atualização legislativa - Intervenção regulatória da ERS
13	04/09/2025	2.9	- Intervenção regulatória da ERS
14	02/10/2025	10.1	- Novos conteúdos

Índice de Abreviaturas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

ADSE – Instituto de Proteção e Assistência na Doença, I.P.

ARS – Administração Regional de Saúde

CADA – Comissão de Acesso aos Documentos Administrativos

CESD – Cartão Europeu de Seguro de Doença

CEDH – Convenção Europeia dos Direitos Humanos

CDA – Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS

CDHB – Convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina

CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

CNPD – Comissão Nacional de Proteção de Dados

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CRP – Constituição da República Portuguesa

CTH – Regulamento do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas instituições do Serviço Nacional de Saúde, designado por "Consulta a Tempo e Horas"

DAV – Diretiva Antecipada de Vontade

DGS – Direção-Geral da Saúde

DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos

EM – Estado Membro

EPE – Entidades Públicas Empresariais

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

HD – Hospital de destino

HO – Hospital de origem

IAS – Indexante de Apoios Sociais

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

IVG – Interrupção voluntária da gravidez

LAC – Livre Acesso e Circulação de Utentes no Serviço Nacional de Saúde

LBCP – Lei de Bases dos Cuidados Paliativos

LBS – Lei de Bases da Saúde

LICA – Lista de Inscritos para Cirurgia

LICSH – Lista de Inscritos para Cuidados de Saúde Hospitalares

LRE – Livro de Reclamações Eletrónico

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MGIC – Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia

MTS – Sistema de Triagem de Manchester

OMS – Organização Mundial da Saúde

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PMA – Procriação Medicamente Assistida

RAER – Regulamento da Assistência Espiritual e Religiosa no Serviço Nacional de Saúde

RTD – Regulamento do Transporte de Doentes

RENTEV – Registo Nacional do Testamento Vital

RGPD – Regulamento Geral de Proteção de Dados

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

RNU – Registo Nacional de Utentes

RRH – Redes de Referenciação Hospitalar

RRUE - Rede de Referenciação de Urgência e Emergência

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SGREC – Sistema de Gestão de Reclamações

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

SIGA CSP – Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes dos serviços de saúde do SNS para a rede de cuidados primários

SIGA 1ª Consulta Hospitalar – Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes dos serviços de saúde do SNS para a primeira consulta hospitalar.

SIGA CSH – Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes dos serviços de saúde do SNS para a rede de cuidados hospitalares

SIGA MCDT – Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes dos serviços de saúde do SNS para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica

SIGA RNCCI – Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes dos serviços de saúde do SNS para a prede nacional de cuidados continuados integrados

SIGA SNS – Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes dos serviços de saúde do SNS

SIGA Urgência – Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes dos serviços de saúde do SNS para a Rede de Urgência

SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SIGLIC – Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia

SLSM – Serviços Locais de Saúde Mental

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPA - Setor Público Administrativo

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.

SU – Serviço de Urgência

TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos

TV – Testamento vital

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UGA – Unidade de Gestão de Acesso

UHGIC – Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia

ULS – Unidade Local de Saúde

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

VDTD – Veículo Dedicado ao Transporte de Doentes

I. Introdução

Nos termos do disposto na alínea b) do n.º 2 do artigo 5.º dos Estatutos da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), aprovados em anexo ao Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, as atribuições desta Entidade compreendem a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos setores público, privado, cooperativo e social, no que respeita à garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes.

Por sua vez, considerando as alíneas a) a e) do artigo 10.º dos referidos Estatutos, são objetivos da atividade reguladora da ERS, entre outros: "*a) Assegurar o cumprimento dos requisitos do exercício da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, incluindo os respeitantes ao regime de licenciamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, nos termos da lei; b) Assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei; c) Garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes; d) Zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade; e) Zelar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema*".

Para tanto, e atento os artigos 12.º e 13.º dos seus Estatutos, incumbe à ERS, entre outras competências:

- Assegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados;

- Prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados;

- Prevenir e punir as práticas de indução artificial da procura de cuidados de saúde;

- Zelar pelo respeito da liberdade de escolha nos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, incluindo o direito à informação;

- Verificar o cumprimento da "*Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde*", designada por "*Carta dos Direitos de Acesso*", por todos os prestadores de cuidados de saúde, nela se incluindo os direitos e deveres inerentes;

- Prestar informação, orientação e apoio aos utentes dos serviços de saúde.

Atento o disposto no artigo 19.º dos seus Estatutos, no exercício dos seus poderes de supervisão incumbe designadamente à ERS zelar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições; e emitir ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes.

E por fim, conforme a alínea b) do n.º 1 do artigo 20.º dos seus Estatutos e ainda no exercício dos seus poderes de supervisão, a ERS pode realizar estudos de mercado e inquéritos por áreas de atividade que se revelem necessários para a prossecução da sua missão, designadamente para "*A verificação de circunstâncias que indiciem distorções ou restrições à concorrência, ao acesso aos cuidados de saúde, à legalidade de funcionamento dos prestadores de cuidados de saúde, à transparência do seu funcionamento ou da relação entre estes com entidades financiadoras ou com os utentes de cuidados de saúde, ou ainda relativamente aos direitos destes últimos*.".

Resulta de tudo o que se acaba de expor que compete à ERS verificar se os direitos e legítimos interesses dos utentes são respeitados pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e intervir, sempre que se justifique, utilizando os poderes que lhe são confiados nos seus Estatutos. Resulta também deste contexto jurídico que compete à ERS prevenir eventuais comportamentos ilícitos, bem como prestar informação, orientação e apoio aos utentes dos serviços de saúde.

É nesta dimensão que se insere a presente publicação sobre *Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde*, que visa prestar informação, orientação e apoio aos utentes, mas também aos profissionais de saúde e demais agentes que têm intervenção, direta ou indireta, no sistema de saúde, nomeadamente na prestação de cuidados de saúde e/ou na exploração e gestão de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

Esta publicação recolhe legislação e informação relevante sobre direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde que se encontravam dispersas em várias publicações da ERS e disponibilizadas no seu *website*, em especial nas decisões proferidas em sede da sua intervenção administrativa e sancionatória, estudos, alertas de supervisão, notas informativas, perguntas e respostas (*FAQ*) e folhetos informativos, bem como, informações contempladas em ações formativas promovidas pela Entidade.

Pretende-se ainda que esta publicação seja dinâmica e permanentemente atualizada, razão pela qual contempla vários anexos com informação específica sobre cada uma das áreas abordadas –

legislação, referências bibliográficas, jurisprudência e intervenção administrativa e sancionatória da ERS –, e que se constitua num processo participativo, para possibilitar contribuições de quem tiver interesse nos temas abordados e pretender acompanhar a ERS neste seu propósito informativo e de promoção da literacia em saúde. Para tanto, a ERS disponibiliza um formulário, https://ers.pt/pt/utentes/formularios/direitos-e-deveres-dos-utentes-dos-servicos-de-saude/, que deverá ser utilizado para o envio de sugestões, comentários ou pedidos de informação.

Não obstante, a presente publicação não pretende abranger o regime de todos os direitos e deveres reconhecidos no ordenamento jurídico português, mas apenas destacar as matérias mais relevantes para os utentes e para a intervenção regulatória da ERS. Importa por isso sublinhar que a sua consulta, e a dos seus anexos, não substitui a leitura atenta dos diplomas legais aplicáveis.

II. Direitos dos utentes

1. Direito à proteção da saúde

Consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (CRP), e inserido no Capítulo II ("*Direitos e deveres sociais*") do Título III ("*Direitos e deveres económicos, sociais e culturais*") da Parte I ("*Direitos e deveres fundamentais*"), o direito à proteção da saúde assume-se como um dos pressupostos fundamentais da densificação do princípio da dignidade da pessoa humana (artigo 1.º da CRP) e da "*realização da democracia* (…) *social*" (artigo 2.º da CRP).

O direito à proteção da saúde é reconhecido como um direito fundamental de todos os cidadãos, aos quais incumbe o dever especial de defender e promover a saúde. Nos termos do n.º 2 do referido artigo 64.º, o direito à proteção da saúde é realizado pelo Estado, através:

a) Da criação de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;

b) Da criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.

Para assegurar o direito à proteção da saúde, compete prioritariamente ao Estado:

a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;

b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;

c) Orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;

d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o SNS, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;

e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico;

f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.

A Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro – Lei de Bases da Saúde (LBS) –, considerando a relevância estruturante deste direito fundamental à proteção da saúde, começa por reconhecer o seu conteúdo logo no n.º 1 da sua Base 1: "*O direito à proteção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer.*".

A LBS sublinha, assim, a importância da responsabilidade do Estado, das pessoas e da sociedade na garantia efetiva do direito fundamental à proteção da saúde, reconhecendo-o como um objetivo individual e coletivo, que deve estar presente em todas as políticas e em todos os setores de atividade da sociedade e que deve ser cumprido com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade (cfr. artigo 13.º da CRP e alínea a) do n.º 1 da Base 2 da LBS).

Neste sentido, o direito à proteção da saúde compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos, cabendo ao Estado a promoção e garantia do direito à proteção da saúde através do SNS, dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais (cfr. n.º 2 e 4 da Base 1 da LBS).

O SNS, tal como definido no artigo 2.º do seu Estatuto, que consta do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto[1], é, precisamente, o "*conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos, dirigido pelo Ministério da Saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde*", sendo este objetivo concretizado no n.º 1 da Base 6 da LBS: "*A responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde efetiva-se primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos, podendo, de forma supletiva e temporária, ser*

[1] O Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, aprovou o novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, o regime de criação, organização e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) e os Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde (ULS), integrados no setor empresarial do Estado ou no setor público administrativo. Por conseguinte, este diploma revogou o Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, que havia aprovado o anterior Estatuto do SNS.
Conforme consta do seu preâmbulo, "*o novo Estatuto do SNS começa por precisar a definição de SNS, o catálogo dos seus estabelecimentos e serviços — sublinhando-se a articulação com os demais serviços e organismos do Ministério da Saúde: a Direção-Geral da Saúde, a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., e o INFARMED — Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. —, bem como os direitos e deveres dos seus beneficiários*."
O Estatuto do SNS dispõe, ainda, "*sobre a organização territorial e funcional do SNS, baseada em regiões de saúde e em níveis de cuidados, e sobre o seu funcionamento, focado na proximidade da prestação, na integração de cuidados e na articulação inter-regional dos serviços, promovendo as respostas domiciliárias e os sistemas de informação que acompanham o utente no seu percurso*."
Destaca-se, também, uma das suas principais inovações: a criação, pelo Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, da Direção Executiva do SNS. Ora, de acordo com o prescrito no artigo 1.º da orgânica da Direção Executiva do SNS, aprovada em anexo a este diploma, esta Direção é um instituto público, de regime especial, nos termos da lei, integrada na administração indireta do Estado, dotada de autonomia administrativa e financeira e de património próprio, que prossegue atribuições da área governativa da saúde, sob a superintendência e a tutela do respetivo membro do Governo. A Direção Executiva do SNS exerce as suas atribuições sobre os estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde. Os Estatutos da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P. foram posteriormente aprovados pela Portaria n.º 306-A/2023, de 12 de outubro.
A Direção Executiva do SNS tem por missão, nos termos do n.º 1 do artigo 3.º da sua orgânica, "*coordenar a resposta assistencial do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde*". As suas atribuições estão consagradas no n.º 2 do mesmo artigo.
Salienta-se, ainda, que o Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, operou a reestruturação dos seguintes serviços e organismos do Ministério da Saúde (MS): Secretaria-Geral (SG), Direção-Geral da Saúde (DGS), Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS, I.P.) e das então Administrações Regionais de Saúde (ARS, I.P.) – cfr. artigo 3.º do diploma. Deste modo, a Direção Executiva do SNS sucede nas atribuições da ACSS, I.P. em matéria de gestão do acesso, da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e da Rede Nacional de Cuidados Paliativos; sucede nas atribuições da DGS em matéria de coordenação das relações internacionais do MS; e, por fim, sucede nas atribuições das ARS, I.P. em matéria de acordos com entidades prestadoras de cuidados de saúde e entidades do setor privado e social.
Em particular, e na sequência das alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 61/2022, sublinha-se que, nos termos do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, a ACSS tem por missão assegurar o planeamento e gestão dos recursos financeiros do Ministério da Saúde e do SNS, o planeamento dos recursos humanos e da malha de instalações e equipamentos na área da saúde, bem como a contratação da prestação de cuidados em articulação com a Direção Executiva do SNS. As suas atribuições estão plasmadas no n.º 2 deste artigo, cabendo-lhe, entre outras, a celebração de acordos, sob proposta da Direção Executiva, com entidades prestadoras de cuidados de saúde, entidades do setor privado ou social e com profissionais em regime de trabalho independente, incluindo nas áreas dos cuidados continuados integrados e cuidados paliativos, bem como celebrar e acompanhar os contratos em regime de parceria público-privada. Neste sentido, cfr. também o artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro, que aprova a orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P..

celebrados acordos com entidades privadas e do setor social, bem como com profissionais em regime de trabalho independente, em caso de necessidade fundamentada.".

Esta responsabilidade do Estado deve traduzir-se nas várias dimensões de política de saúde: "*A política de saúde tem âmbito nacional e é transversal, dinâmica e evolutiva, adaptando-se ao progresso do conhecimento científico e às necessidades, contextos e recursos da realidade nacional, regional e local, visando a obtenção de ganhos em saúde.*" (n.º 1 da Base 4 da LBS).

Nos termos do n.º 2 da Base 4 da LBS, são fundamentos da política de saúde:

> "*a) A promoção da saúde e a prevenção da doença, devendo ser consideradas na definição e execução de outras políticas públicas;*
> *b) A melhoria do estado de saúde da população, através de uma abordagem de saúde pública, da monitorização e vigilância epidemiológica e da implementação de planos de saúde nacionais, regionais e locais;*
> *c) As pessoas, como elemento central na conceção, organização e funcionamento de estabelecimentos, serviços e respostas de saúde;*
> *d) A igualdade e a não discriminação no acesso a cuidados de saúde de qualidade em tempo útil, a garantia da equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços e a adoção de medidas de diferenciação positiva de pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade;*
> *e) A promoção da educação para a saúde e da literacia para a saúde, permitindo a realização de escolhas livres e esclarecidas para a adoção de estilos de vida saudável;*
> *f) A participação das pessoas, das comunidades, dos profissionais e dos órgãos municipais na definição, no acompanhamento e na avaliação das políticas de saúde;*
> *g) A gestão dos recursos disponíveis segundo critérios de efetividade, eficiência e qualidade;*
> *h) O desenvolvimento do planeamento e a institucionalização da avaliação em saúde como instrumentos promotores de uma cultura de transparência das escolhas e de prestação de contas;*
> *i) O incentivo à investigação em saúde, como motor da melhoria da prestação de cuidados;*
> *j) O reconhecimento da saúde como um investimento que beneficia a economia e a relevância económica da saúde;*
> *k) A divulgação transparente de informação em saúde;*
> *l) O acesso ao planeamento familiar, à saúde sexual, escolar, visual, auditiva e oral e o diagnóstico precoce.*".

Finalmente, a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, reconhece ao utente dos serviços de saúde o direito a receber os cuidados de saúde de que necessita, com prontidão ou num período de tempo

considerado clinicamente aceitável, consoante os casos (cfr. artigo 4.º, n.º 1), e a Convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina (CDHB) afirma, no seu artigo 3.º, a obrigação do Estado, tendo em conta as necessidades de saúde e os recursos disponíveis, tomar as medidas adequadas com vista a assegurar, sob a sua jurisdição, um acesso equitativo aos cuidados de saúde de qualidade apropriada.

Neste enquadramento, a prevenção consiste na adoção de medidas destinadas a impedir a deterioração física, intelectual, psiquiátrica ou sensorial (prevenção primária) ou a impedir que essa deterioração cause uma deficiência ou limitação funcional permanente (prevenção secundária).

Já a promoção da saúde engloba o conjunto de medidas destinadas a práticas de manutenção e fomento de uma vida saudável, onde a saúde física e mental seja uma preocupação à escala social e não meramente individual. Nesse sentido, constitui um processo para garantir os meios necessários para um maior controle sobre a saúde e para a melhorar, compreendendo não só as ações que visam reforçar as aptidões e capacidades dos indivíduos, mas também as medidas que visam alterar o contexto social, ambiental e económico, de modo a reduzir os seus efeitos negativos sobre a saúde pública e sobre a saúde das pessoas[2].

Assim, o sistema de saúde é o conjunto estruturado de todas as organizações, pessoas, medidas e ações, cuja intenção primária é a melhoria, manutenção ou recuperação da saúde. Qualquer pessoa constitui elemento fundamental e nuclear do sistema de saúde, sendo-lhe reconhecidos diversos papéis: (i) enquanto utente de cuidados de saúde, com necessidades e expectativas específicas; (ii) enquanto contribuinte e agente de financiamento; (iii) enquanto interveniente no processo de prestação de cuidados, através da adesão aos planos terapêuticos propostos; e (iv) como promotor de comportamentos que promovem a sua saúde e a dos outros.

1.1 – O Serviço Nacional de Saúde

Considerando o direito fundamental à proteção da saúde, consagrado no artigo 64.º da CRP, incumbe prioritariamente ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, através da criação de um SNS universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.

[2] A este respeito, veja-se o teor da Carta de Ottawa para Promoção da Saúde, aprovada na 1.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa em 21 de novembro de 1986, e disponível para consulta em https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx.

Por sua vez, a Base 20 da LBS determina que o SNS é o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde, devendo pautar a sua atuação pelos seguintes princípios:

a) **Universalidade**, garantindo a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade;

b) **Generalidade**, assegurando os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes;

c) **Tendencial gratuitidade dos cuidados**, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;

d) **Integração de cuidados**, salvaguardando que o modelo de prestação garantido pelo SNS está organizado e funciona de forma articulada e em rede;

e) **Equidade**, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis;

f) **Qualidade**, visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa;

g) **Proximidade**, garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde;

h) **Sustentabilidade financeira**, tendo em vista uma utilização efetiva, eficiente e de qualidade dos recursos públicos disponíveis;

i) **Transparência**, assegurando a existência de informação atualizada e clara sobre o funcionamento do SNS.

Nos termos do n.º 1 do artigo 9.º do Estatuto do SNS, este Serviço é dirigido, a nível central, por uma Direção Executiva, à qual compete, sem prejuízo da autonomia das unidades de saúde que integram o SNS e da sua organização regional, designadamente:

a) Coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde que integram o SNS, bem como, daquelas que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP);

b) Gerir a RNCCI, incluindo a área de saúde mental, e a RNCP, em articulação com os demais organismos competentes;

c) Assegurar o funcionamento em rede do SNS, através da articulação nacional dos diferentes estabelecimentos e serviços, da integração dos diversos níveis de cuidados e da procura de

respostas de proximidade, nomeadamente coordenando a criação, revisão e gestão das Redes de Referenciação Hospitalar;

d) Assegurar o alinhamento da governação clínica institucional com a governação de saúde, considerando as recomendações do Plano Nacional de Saúde;

e) Garantir a melhoria contínua do acesso ao SNS, bem como assegurar a gestão do sistema de acesso e tempos de espera e do sistema de inscritos para cirurgia;

f) Definir as diretrizes a que devem obedecer os planos e programas de ação dos estabelecimentos e serviços do SNS, bem como os critérios de avaliação dos resultados obtidos;

g) Emitir normas e orientações no âmbito da integração de cuidados, serviços e redes do SNS;

h) Monitorizar o desempenho e resposta do SNS, designadamente através de inquéritos de satisfação aos beneficiários ou utentes e profissionais de saúde;

i) Promover a participação pública no SNS, garantindo a intervenção dos beneficiários do SNS, designadamente das associações de utentes, nos processos de tomada de decisão;

j) Assegurar a representação do SNS;

k) Exercer as demais competências que lhe sejam atribuídas por lei, bem como praticar todos os atos que lhe sejam delegados.

Considerando o teor do artigo 64.º da CRP, importa analisar com maior detalhe os três princípios fundamentais do SNS – universalidade, generalidade e tendencial gratuitidade.

a) A universalidade

O SNS deve garantir a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas, em condições de dignidade e de igualdade (cfr. alíneas a) e b) do n.º 1 da Base 2, e a alínea a) do n.º 2 da Base 20 da LBS).

Com efeito, e como decorre da alínea a) do n.º 3 do artigo 64.º da CRP, para que seja assegurada a realização do direito à proteção da saúde, o Estado deverá garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, pelo que a universalidade pressupõe que todas as pessoas, sem exceção, estejam abrangidas pelas políticas de promoção e proteção da saúde.

O princípio da universalidade no acesso a cuidados de saúde é, assim, corolário do princípio da igualdade: todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei e ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual (cfr. artigo 13.º da CRP).

No âmbito do direito à proteção da saúde, importa sublinhar que o acesso a cuidados deve ser garantido a qualquer pessoa, independentemente das suas condições económicas ou do local onde reside, exigindo-se que o Estado garanta que o SNS abrange todo o território nacional, dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde (princípio da proximidade) e está organizado e a funcionar de forma articulada e em rede (princípio da integração de cuidados).

De acordo com os n.os 1 e 2 da Base 21 da LBS e com o artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, são beneficiários do SNS todos os cidadãos portugueses, bem como todos os cidadãos com residência permanente ou em situação de estada ou residência temporárias em Portugal, que sejam nacionais de Estados-Membros da União Europeia ou equiparados, nacionais de países terceiros ou apátridas, requerentes de proteção internacional[3] e migrantes, com ou sem a respetiva situação legalizada, nos termos do regime jurídico aplicável.

Em dezembro de 2024 foi publicado o Despacho n.º 14830/2024, de 16 de dezembro, que define as regras de organização e os mecanismos de gestão referentes ao Registo Nacional de Utentes (RNU)[4].

De acordo com o n.º 1 do artigo 4.º deste Despacho, o registo do cidadão no RNU resulta na atribuição de um número único, nacional e definitivo, designado por número nacional de utente (NNU).

Para efeitos de registo no RNU é permitida a recolha dos seguintes dados (n.º 1 do artigo 5.º):

a) Nome;
b) Sexo;
c) Data de nascimento;
d) País de nacionalidade;
e) País de naturalidade;

[3] Cfr. Circular Informativa Conjunta n.º 13/2016/CD/ACSS, de 12 de maio, da ACSS e da DGS, a respeito do acesso dos requerentes e beneficiários de proteção internacional ao SNS.
[4] Em 7 de abril de 2025 foi aprovado por homologação do Ministério da Saúde o Regulamento do Registo Nacional de Utentes (RNU), elaborado pela ACSS.

f) Distrito, concelho e freguesia quando a naturalidade é portuguesa;
g) Tipo de documento de identificação;
h) Número do documento de identificação;
i) Número de identificação fiscal (NIF);
j) Residência (morada completa, nacional ou estrangeira);
k) Número de identificação de segurança social (NISS), quando aplicável;
l) Filiação;
m) Número de telemóvel e número de telefone fixo, quando aplicável;
n) Endereço eletrónico, quando aplicável;
o) Benefícios, quando aplicável.

Para efeitos de registo no SNS de cidadão estrangeiro, poderão ainda ser recolhidos os dados relativos ao documento de autorização de residência e os relativos à entidade responsável, respetivo número de beneficiário, data de validade de documento que ateste o direito, quando abrangidos por outro sistema (n.º 2 do artigo 5.º).

O registo no RNU assume uma das seguintes tipologias (n.º 1 do artigo 6.º):

a) Registo atualizado;
b) Registo em curso;
c) Registo incompleto;
d) Registo em histórico.

O registo atualizado aplica-se ao cidadão que tenha os dados acima referidos preenchidos na sua ficha de utente, nos seguintes termos (al. b) do n.º 1 do artigo 6.º):

a) Cidadão de nacionalidade portuguesa com residência em Portugal, os dados referidos nas alíneas a) a j), sem prejuízo do disposto para os cidadãos menores;
b) Cidadão de nacionalidade estrangeira com residência permanente em Portugal, os dados referidos nas alíneas a) a j) e os referentes ao documento de autorização de residência, sem prejuízo do disposto para os cidadãos menores;
c) Para o cidadão menor aplicam-se, ao preenchimento dos campos de informação obrigatórios, as seguintes condições:
    i. A informação constante no campo documento de identificação apenas é obrigatória para cidadãos com idade superior a dois meses;
    ii. O preenchimento do NIF é facultativo até o cidadão completar 6 anos de idade, na ausência de cartão de cidadão emitido;

iii. O preenchimento do campo NIF e informação sobre o documento de autorização de residência não é obrigatório para cidadão com nacionalidade estrangeira com idade inferior a 18 anos.

No que respeita ao registo em curso, este ocorre sempre que não se cumpram as condições para o registo atualizado, tendo a duração máxima de 180 dias contados desde a data do contacto do SNS com o cidadão para efeitos de atualização dos dados, através dos contactos disponibilizados. Findo este prazo, o registo em curso converte-se automaticamente em registo atualizado se reunir as condições previstas para o mesmo, ou converte-se em registo incompleto, se tal não se verificar (al. c) do n.º 1 e n.º 2 do artigo 6.º).

O registo incompleto aplica-se aos casos em que o cidadão não disponibiliza os dados em falta, após o prazo de 180 dias previsto para o registo em curso (al. d) do n.º 1 e n.º 2 do artigo 6.º).

O registo em histórico aplica-se aos cidadãos falecidos, previamente registados (al. e) do n.º 1 do artigo 6.º).

O cidadão com um registo no RNU poderá ou não estar inscrito nos cuidados de saúde primários. Sobre esta temática foi publicado o Despacho n.º 40/2025, de 2 de janeiro, que define as regras de inscrição nos cuidados de saúde primários[5].

Esta inscrição obriga a um registo atualizado no RNU e é efetuada numa unidade funcional de uma unidade local de saúde (n.º 3 do artigo 2.º).

Este conceito alargado de beneficiários do SNS respeita o princípio geral de equiparação de direitos e deveres, descrito no n.º 1 do artigo 15.º da CRP, segundo o qual os estrangeiros[6] [7] e os apátridas que se encontrem ou residam em Portugal gozam dos direitos e estão sujeitos aos deveres do cidadão português, salvo aqueles que a Constituição ou a Lei reserva aos cidadãos portugueses. Também neste sentido, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) afirma que "*Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e*

[5] A ERS publicou, no seu *website*, perguntas frequentes sobre acesso a cuidados de saúde primários (Centros de Saúde), disponíveis em https://ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/acesso-a-cuidados-de-saude-primarios-centros-de-saude/.

[6] Poderão ser consultadas no *website* da ERS as perguntas frequentes sobre o acesso de cidadãos estrangeiros à prestação de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde.

[7] Cfr. o estudo realizado pela ERS, sobre "*Acesso de Imigrantes a Cuidados de Saúde Primários*", 2025, disponível para consulta em https://ers.pt/pt/atividade/regulacao-economica/selecionar/estudos/lista-de-estudos/estudo-sobre-acesso-de-imigrantes-a-cuidados-de-saude-primarios/ e as recomendações emitidas pela ERS ao Ministério da Saúde, ACSS, DE-SNS, SPMS e ULS, em matéria de acesso a cuidados de saúde por parte de cidadãos imigrantes, disponíveis para consulta em https://ers.pt/pt/comunicacao/destaques/lista-de-destaques/emissao-de-uma-recomendacao-ao-ms-a-acss-dn-sns-spms-e-as-uls-em-materia-de-acesso-a-cuidados-de-saude-por-parte-de-cidadaos-imigrantes/.

ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade." (cfr. n.º 1 do artigo 25.º).

Na vigência da anterior LBS, e com vista à clarificação de procedimentos a seguir em matéria de acesso de cidadãos estrangeiros aos cuidados de saúde, a Direção-Geral da Saúde (DGS) emitiu a Circular Informativa n.º 12/DQS/DMD, de 7 de maio de 2009, com o seguinte teor:

> "*1. Consideram-se imigrantes os cidadãos estrangeiros, nacionais de um país terceiro não pertencente ao espaço da União Europeia ou Espaço Económico Europeu e Suíça que residam no território nacional, nos termos regulados na legislação da imigração.*
>
> *2. Os imigrantes que sejam titulares de autorização de residência, regulamentada nos termos consignados na legislação da imigração em vigor, podem efetuar a sua inscrição junto do Centro de Saúde da área da residência ou na Loja do Cidadão.*
>
> *3. Para efeitos de inscrição no Serviço Nacional de Saúde deverão os imigrantes exibir, perante os serviços de saúde da sua área de residência, o documento comprovativo de autorização de residência.*
>
> *4. O pagamento de cuidados de saúde prestados pelas instituições e serviços que constituem o Serviço Nacional de Saúde, aos imigrantes e respetivos agregados familiares, referidos no número anterior, é assegurado nos termos regulamentares.*
>
> *5. Os imigrantes que não sejam titulares de uma autorização de residência ou que se encontrem numa situação irregular face à legislação da imigração em vigor, têm acesso ao Serviço Nacional de Saúde apresentando um documento da Junta de Freguesia da sua área de residência que certifique que se encontram a residir em Portugal há mais de noventa dias, conforme o disposto no artigo 34.º do Decreto-Lei n.º 135/99 de 22 de Abril.*
>
> *6. As unidades prestadoras de cuidados de saúde, verificando que o imigrante, nos termos da legislação da imigração em vigor, não é titular de documento comprovativo de autorização de residência ou de documento que certifique que se encontra a residir em Portugal há mais de noventa dias, sem prejuízo de prestarem os cuidados de saúde necessários ao imigrante, devem posteriormente encaminhá-lo para um Centro Nacional de Apoio ao Imigrante ou para um Centro Local de Apoio à Integração dos Imigrantes, mais próximo, a fim destas estruturas de apoio ao imigrante, em articulação com outras entidades oficiais competentes para o efeito, procedam à regularização da sua situação.*

7. Os imigrantes que se encontram na situação prevista no número anterior têm acesso a cuidados de saúde nos mesmos termos que a população em geral, nas seguintes situações:

- Cuidados de saúde urgentes e vitais;

- Doenças transmissíveis que representem perigo ou ameaça para a saúde pública (tuberculose ou sida, por exemplo).

- Cuidados no âmbito da saúde materno-infantil e saúde reprodutiva, nomeadamente acesso a consultas de planeamento familiar, interrupção voluntária da gravidez, acompanhamento e vigilância da mulher durante a gravidez, parto e puerpério e cuidados de saúde prestados aos recém-nascidos.

- Cuidados de saúde a menores que se encontram a residir em Portugal, nos termos definidos no Decreto-Lei n.º 67/2004, de 25 de março.

- Vacinação, conforme o Programa Nacional de Vacinação em vigor.

- Cidadãos estrangeiros em situação de Reagrupamento Familiar, quando alguém do seu agregado familiar efectua descontos para a Segurança Social devidamente comprovados.

- Cidadãos em situação de exclusão social ou em situação de carência económica comprovada pelos Serviços da Segurança Social.

8. As unidades prestadoras de cuidados de saúde poderão exigir a cobrança, segundo as normas e tabelas em vigor, dos cuidados de saúde prestados aos imigrantes que se encontrem nas situações previstas no n.º 6, excetuando as situações elencadas no número anterior, atendendo a cada caso concreto, nomeadamente a situação económica e social da pessoa aferida pelos serviços de segurança social.

9. Os imigrantes estão sujeitos aos mesmos princípios e normas aplicáveis à população em geral em matéria de pagamento e de isenção de taxas moderadoras, nos termos consignados na legislação em vigor.

10. As unidades prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde que prestem cuidados de saúde nas situações estabelecidas na presente Circular Informativa, deverão elaborar relatórios como previsto no Despacho n.º 25360/2001, de 16 de Novembro. As Administrações Regionais de Saúde remeterão cópia à Direcção-Geral da Saúde e à Administração Central do Sistema de Saúde, para efeitos de agregação e tratamento da informação, a nível nacional, que evidencie a tipologia dos cuidados prestados e respetivos custos, no quadro das competências de cada instituição.

11. Os procedimentos estabelecidos no âmbito da presente Circular Informativa, não se aplicam aos cidadãos estrangeiros evacuados a coberto dos Acordos de Cooperação Internacional celebrados entre Portugal e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, no domínio da Saúde.

12. Mantém-se em vigor a Circular Informativa n.º 65/DSPCS, de 26.11.2004, relativa ao acesso dos filhos menores dos imigrantes aos cuidados de saúde. […]".

Ainda no que respeita ao princípio da universalidade, a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, identificou situações específicas de acesso a cuidados de saúde, no âmbito do regime de proteção na conceção, na procriação medicamente assistida[8], na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério[9].

Assim, nos termos do disposto no artigo 15.º-B do referido diploma legal, todas as pessoas em idade reprodutiva têm direito ao acesso à contraceção, a serem informadas da relevância do planeamento da gravidez e da importância dos cuidados pré-concecionais, e todas as mulheres e casais têm direito ao acesso à consulta pré-concecional, para que se identifiquem precocemente fatores de risco modificáveis no que respeita à procriação e se procure a respetiva correção antes da ocorrência da gravidez.

Por sua vez, atento o artigo 15.º-C do mesmo diploma legal, sob a epígrafe "*Prestação de cuidados na assistência na gravidez*", refere-se que os serviços de saúde que assegurem a assistência na gravidez, devem garantir a todas as mulheres grávidas, ao pai ou a outra mãe, informação em saúde sexual e reprodutiva, cuidados pré-natais seguros e apropriados e acesso a cursos de preparação para o parto e a parentalidade, em particular ao nível dos cuidados de saúde primários. Para além disso, os serviços de saúde que garantam a assistência na gravidez devem também assegurar à mulher grávida a atribuição de médico de família ou, no caso de tal não se revelar possível, o acesso prioritário à prestação de cuidados de saúde. E para que não se verifiquem quaisquer barreiras que impeçam ou afetem o acesso a cuidados de saúde neste âmbito, o n.º 3 do artigo 15.º-C impõe que, sempre que a mulher grávida não compreenda ou tenha dificuldades manifestas em entender a língua portuguesa, deve ser assegurada, se possível, tradução linguística no âmbito da prestação de cuidados na assistência na gravidez.

Já no âmbito da prestação de cuidados durante o puerpério, o artigo 15.º-G da Lei n.º 15/2014 afirma que os serviços de saúde onde foi efetuada a vigilância da gravidez devem assegurar a

[8] Cfr. Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, que regula a utilização de técnicas de procriação medicamente assistida (PMA).
[9] A este propósito, *vide* também a Norma n.º 001/2023, de 27 de janeiro, da Direção-Geral da Saúde, sobre organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério.

realização da consulta do puerpério entre a quarta e a sexta semana após o parto, de acordo com as orientações e as normas técnicas definidas pela DGS, e que, após o puerpério, todas as mulheres grávidas e casais devem ter acesso a planos de recuperação pós-parto, em particular nos cuidados de saúde primários.

Por fim, recorde-se que as atribuições da ERS compreendem a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita à garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde (cfr. alínea b) do n.º 2 do artigo 5.º do seus Estatutos), e que constitui objetivo da sua atividade reguladora assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei (cfr. alínea b) do artigo 10.º dos mesmos Estatutos).

Para este efeito, nos termos dos artigos 12.º e 13.º dos seus Estatutos, incumbe à ERS:

a) Assegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados;

b) Prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados;

c) Verificar o cumprimento da «*Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde*», designada por «*Carta dos Direitos de Acesso*» por todos os prestadores de cuidados de saúde, nela se incluindo os direitos e deveres inerentes.

Esta matéria é de tal forma relevante que, no artigo 61.º dos Estatutos da ERS, o legislador determinou que constitui contraordenação, punível com coima de 750 € a 3740,98 € ou de 1000 € a 44 891,81 €, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva, a violação dos deveres que constam da «*Carta dos direitos de acesso*» e, punível com coima de 1000 € a 3740,98 € ou de 1500 € a 44 891,81 €, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva, a violação das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde, nos casos seguintes: violação da igualdade e universalidade no acesso ao SNS; violação de regras estabelecidas em lei ou regulamentação e que visem garantir e conformar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde, bem como práticas de rejeição ou discriminação infundadas, em estabelecimentos públicos, publicamente financiados, ou contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas e subsistemas públicos de saúde ou equiparados.

b) A generalidade

O SNS deve assegurar os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes (cfr. alínea b) do n.º 1 da Base 2 e alínea b) do n.º 2 da Base 20 da LBS).

O respeito pelo princípio da generalidade impõe que o SNS esteja organizado de forma a garantir o direito de acesso dos utentes aos cuidados de saúde de que necessitem, sejam eles primários, hospitalares, continuados integrados ou paliativos. Para esse efeito, o SNS deverá assegurar o funcionamento articulado, integrado e em rede das unidades que o compõem, por forma a garantir que qualquer utente tenha acesso aos cuidados de saúde de que efetivamente precise; nos termos do disposto no n.º 2 da Base 22 da LBS, "*A organização e funcionamento do SNS sustenta-se em diferentes níveis de cuidados e tipologias de unidades de saúde, que trabalham de forma articulada, integrada e intersetorial*", garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde (cfr. alíneas d) e g) do n.º 2 da Base 20 da LBS).

Nos termos do disposto no seu Estatuto, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, o SNS é o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos, dirigido pelo Ministério da Saúde, e que tem como objetivo a efetivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde.

Para cumprir o princípio da generalidade, a organização funcional do SNS[10] sustenta-se em diferentes níveis de cuidados de saúde (primários, hospitalares e continuados integrados, sendo certo que as intervenções ao nível da saúde pública e dos cuidados paliativos integram o SNS, independentemente do nível de cuidados em que são realizadas, o mesmo se aplicando às intervenções no domínio dos comportamentos aditivos e das dependências[11], englobando a sua prevenção, tratamento, redução de riscos e minimização de danos e reinserção) e abrange:

(i) desde logo, e em primeira linha, os estabelecimentos e serviços públicos, que efetivam a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde e que prestam cuidados de

[10] Nos termos do artigo 6.º do Estatuto do SNS, este organiza-se por regiões de saúde – Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.
[11] O Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro, criou o Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P..

saúde, nas vertentes de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, bem como, serviços de saúde, instrumentais à prestação de cuidados de saúde[12] [13]; e

(ii) numa segunda linha, e em complementaridade, os estabelecimentos dos setores privado, cooperativo e social e os profissionais em regime liberal, com quem sejam celebrados contratos que tenham por objeto a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do SNS – cfr. Bases 6 e 25 da LBS.

[12] De acordo com o disposto no n.º 1 do artigo 3.º do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, os estabelecimentos e serviços do SNS são os seguintes:

a) Os ACES;
b) Os hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e as ULS, integrados no setor empresarial do Estado ou no setor público administrativo;
c) O Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.;
d) O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.;
e) O Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P.;
f) O Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P. (ICAD, I.P.), na vertente da prestação de cuidados e intervenção local no domínio dos comportamentos aditivos e das dependências;
g) A SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E., na vertente de telessaúde;
h) Os estabelecimentos e serviços prestadores de cuidados de saúde do setor privado e social com os quais sejam celebrados contratos que tenham por objeto a prestação de cuidados ou de serviços de saúde.

Por seu turno, o n.º 1 do artigo 8.º do mesmo diploma dispõe o seguinte: "*No seu funcionamento, os estabelecimentos e serviços do SNS:*

a) Desenvolvem respostas de proximidade às necessidades assistenciais, em todos os seus níveis de prestação, considerando objetivos de equidade, de eficiência e de qualidade e recorrendo à telessaúde e aos cuidados no domicílio, sempre que adequado;
b) Promovem modelos de integração de níveis de cuidados, de cuidados de saúde física e mental e de respostas de saúde e sociais, recorrendo a processos assistenciais partilhados que orientem os fluxos do utente e melhorem a efetividade dos cuidados prestados;
c) Trabalham em rede e de forma articulada, organizada de modo coerente e assente em princípios de racionalidade, complementaridade, apoio técnico e eficiência, respeitando os modelos organizativos existentes."

[13] O Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, procedeu à reestruturação e criação de um elenco de entidades públicas empresariais integradas no Serviço Nacional de Saúde, através da adoção do modelo de funcionamento e organização em unidades locais de saúde (ULS). Nessa sequência, a ERS emitiu o Alerta de Supervisão n.º 5/2023, de 29 de novembro, sobre o cumprimento das obrigações relativas à tramitação de reclamações e de atualização de dados de registo junto da Entidade Reguladora da Saúde no âmbito da reestruturação prevista no Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, e o Alerta de Supervisão n.º 1/2024, de 10 de janeiro, sobre o impacto da criação e reestruturação de Unidades Locais de Saúde no que diz respeito ao cumprimento das suas obrigações perante a ERS.
Este diploma veio estipular, no seu artigo 7.º, o seguinte "*São extintos enquanto institutos públicos de regime especial, com dispensa de todas formalidades legais, os agrupamentos de centros de saúde (ACES) referidos no n.º 1 do artigo 1.º e que são integrados nas ULS aí previstas*."

i. Cuidados de saúde primários

Os cuidados de saúde primários[14] constituem um elemento central do SNS e assumem, numa perspetiva integrada e de articulação com outros serviços, importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, de prestação de cuidados de saúde, e de acompanhamento de qualidade, proximidade e continuidade às pessoas. A rede de cuidados de saúde primários foi criada com o propósito de providenciar cuidados de saúde abrangentes aos utentes e assumir-se, em articulação permanente com os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde continuados, como um parceiro fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença.

Assim, os cuidados de saúde primários representam o primeiro nível de contato das pessoas, da família e da comunidade com os cuidados de saúde.

Com o objetivo de organizar o funcionamento integrado da rede de cuidados de saúde primários, e assumindo-os como o pilar central do sistema de saúde, foram criados os agrupamentos de centros de saúde (ACES) do SNS (agora integrados em ULS), aos quais compete, por conseguinte, garantir a prestação dos cuidados de saúde primários. No entanto, também às unidades locais de saúde (ULS) compete garantir, no próprio estabelecimento, a prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares[15].

---

[14] Cfr. o estudo realizado pela ERS, sobre "*Monitorização sobre acesso a cuidados de saúde primários no SNS*", 2022, disponível para consulta em https://ers.pt/media/f3vjniey/os_252372_2022_deas-monitoriza%C3%A7%C3%A3o-acsp.pdf; o "*Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS*", 2009, disponível para consulta em https://www.ers.pt/media/jrdp50oy/file-24.pdf, o "*Estudo sobre as Unidades de Saúde Familiar e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados*", 2016, disponível para consulta em https://www.ers.pt/media/emrjttgz/file-56.pdf, o estudo sobre "*Acesso a serviços de saúde mental nos Cuidados de Saúde Primários*", 2023, disponível para consulta em https://ers.pt/media/slzpzdwk/estudo_saude_mental_02-2023.pdf e, ainda, o estudo sobre "*Cuidados de saúde primários - Qualidade e eficiência nas UCSP e USF*", 2024, disponível para consulta em https://www.ers.pt/media/1bkl53w5/estudo-csp-qualidade-e-efici%C3%AAncia-nas-usf-e-ucsp.pdf.

[15] O preâmbulo do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, dispõe o seguinte: "*O aumento das necessidades em saúde e bem-estar da população, associados ao envelhecimento, à carga de doença, assim como às suas crescentes exigências e expectativas, exige que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) continue a aumentar o acesso e a eficiência na prestação de cuidados de saúde, fomentando modelos organizacionais que promovam a gestão integrada de cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares, assegurando o foco nas pessoas. (…) A integração dos ACES, hospitais e centros hospitalares já existentes no modelo das ULS constitui uma qualificação da resposta do SNS, simplificando os processos, incrementando a articulação entre equipas de profissionais de saúde, com o foco na experiência e nos percursos entre os diferentes níveis de cuidados, aumentando a autonomia gestionária, melhorando a participação dos cidadãos, das comunidades, dos profissionais e das autarquias na definição, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, maximizando o acesso e a eficiência do SNS. Adicionalmente, entende-se que com a referida integração é alcançada uma maior eficiência na gestão dos recursos públicos, simultaneamente com a garantia e respeito pelo papel fundamental da participação dos municípios no planeamento, organização e gestão do funcionamento da resposta em saúde à população de determinada área geográfica, potenciando a proximidade e a gestão em rede. (…) Esta é uma das maiores reformas na organização do SNS desde a sua criação, designadamente com impacto nas administrações regionais de saúde e no aumento das*

Ora, os ACES são institutos públicos de regime especial integrados na administração indireta do Estado, com autonomia administrativa e podendo deter património próprio, constituídos por centros de saúde[16]. De acordo com o n.º 3 do artigo 33.º do Estatuto do SNS, "*Os ACES prosseguem as atribuições do Ministério da Saúde, sob superintendência e tutela do respetivo membro do Governo, sem prejuízo das competências da Direção Executiva do SNS*."

Como dispõe o n.º 2 do artigo 33.º do novo Estatuto do SNS, os centros de saúde que integram os ACES são conjuntos de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários e intervêm nos seguintes âmbitos:

"*a) Comunitário e de base populacional;*

b) Personalizado com base na livre escolha pelos utentes;

c) Exercício de funções de autoridade de saúde, quando aplicável;

d) Intervenção nos comportamentos aditivos, quando aplicável."

Deste modo, os ACES têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica, desenvolvendo atividades de promoção da saúde e prevenção da doença e de tratamento e acompanhamento no processo de assistência à saúde, contribuindo para o aumento da literacia em saúde e assegurando respostas de proximidade e de integração de cuidados (artigo 34.º do Decreto-Lei n.º 52/2022). Para além disso, os ACES desenvolvem também atividades de vigilância epidemiológica e de investigação em saúde e participam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases (pré-graduada, pós-graduada e contínua).

Para fins de saúde comunitária e de apoio domiciliário, são abrangidas por cada centro de saúde as pessoas residentes, mesmo se temporariamente, na respetiva área geográfica, bem como as

---

competências e autonomia das instituições, mantendo como uma das suas dimensões transversais a livre escolha pelo utente da instituição de saúde onde pretende ter resposta, devendo o sistema de financiamento acomodar esta vertente."

[16] Nos termos do artigo 38.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, os ACES podem compreender as seguintes unidades funcionais:

a) Unidade de saúde familiar (USF);
b) Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP);
c) Unidade de cuidados na comunidade (UCC);
d) Unidade de saúde pública (USP);
e) Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP);
f) Outras unidades ou serviços, mediante proposta fundamentada do respetivo diretor executivo, nos termos a definir em portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde.

Em cada centro de saúde componente de um ACES funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta, e cada ACES tem somente uma USP e uma URAP.

As unidades funcionais são constituídas por uma equipa multiprofissional, com autonomia funcional e técnica e atuam sempre em cooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES.

pessoas residentes em estruturas residenciais para pessoas idosas e outras estruturas residenciais para crianças e jovens em perigo e, ainda, as pessoas com deficiência e/ou em situação de dependência; para fins de cuidados personalizados, são utentes de um centro de saúde todos os que nele queiram inscrever-se, com prioridade, havendo carência de recursos, para os residentes na respetiva área geográfica.

Os centros de saúde devem assegurar aos utentes a melhor acessibilidade possível, nomeadamente através do princípio do atendimento no próprio dia, marcação de consultas para hora determinada[17], respostas à doença aguda, atendimento telefónico e por meios de comunicação à distância e, sempre que adequado, serviços domiciliários e de telessaúde. Funcionam normalmente entre as 8 e as 20 horas nos dias úteis, podendo o horário de funcionamento[18] [19] ser alargado até às 24 horas, nos dias úteis e, eventualmente, aos sábados, domingos e feriados, em função das necessidades da população, caraterísticas geodemográficas da área por eles abrangida e disponibilidade de recursos (cfr. artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 52/2022).

Importa, ainda, analisar como se processa a inscrição nos cuidados de saúde primários[20] e o acesso a estes. Assim, o Despacho n.º 40/2025, de 2 de janeiro, que estipula as regras de inscrição nos cuidados de saúde primários, dispõe, no n.º 3 do seu artigo 2.º, que "*A inscrição é efetuada numa unidade funcional da respetiva unidade local de saúde e obriga a um registo atualizado no RNU.*"[21] [22]

A ficha de inscrição do utente nos cuidados de saúde primários contém vários dados, nomeadamente:

a) Unidade local de saúde;

[17] Cfr. Anexo I da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, que define os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no SNS, para todo o tipo de prestações de saúde sem caráter de urgência e aprova e publica a Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS, onde constam os tempos que devem ser respeitados no atendimento e prestação de cuidados de saúde aos utentes nos cuidados de saúde primários.
[18] Nos termos do n.º 3 do artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, "*O horário de funcionamento dos centros de saúde e das suas unidades é obrigatoriamente publicitado, designadamente através de afixação no exterior e interior das instalações e divulgação por meios telemáticos*."
[19] Para mais informações sobre a organização e funcionamento das unidades de saúde familiar, poderá ser consultado o Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro.
[20] A ERS publicou, no seu *website*, perguntas frequentes sobre acesso a cuidados de saúde primários (Centros de Saúde), disponíveis em https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/acesso-a-cuidados-de-saude-primarios-centros-de-saude/.
[21] Sobre as tipologias de registo no RNU, cfr. o capítulo "*A universalidade*".
[22] Em 7 de abril de 2025 foi aprovado por homologação do Ministério da Saúde o Regulamento do Registo Nacional de Utentes - Inscrição em Cuidados de Saúde Primários, elaborado pela ACSS.

b) Unidade funcional - unidade de saúde familiar (USF), unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP) ou unidades ou serviços equivalentes que possam ter utentes inscritos;

c) Médico;

d) Enfermeiro;

e) Categoria da inscrição nos cuidados de saúde primários;

f) Informação que permita a agregação familiar.

O utente com inscrição nos cuidados de saúde primários fica elegível para uma equipa de saúde familiar (n.º 1 do artigo 3.º do Despacho n.º 40/2025). Além disso, o utente poderá, por opção, encontrar-se sem equipa de saúde familiar, podendo, contudo, e a qualquer momento, solicitar a sua atribuição (n.º 3 do artigo 3.º do Despacho n.º 40/2025).

No que respeita à inscrição do utente em médico de família, dispõe o n.º 2 do artigo 4.º do Despacho que esta deve respeitar os intervalos de dimensão da lista regulamentados, e realiza-se de acordo com a disponibilidade de vagas nas unidades funcionais da respetiva unidade local de saúde na qual tem a sua inscrição.

Deverá ainda ter-se em consideração que a inscrição do utente deve ser realizada privilegiando-se a inscrição em agregado familiar, de forma a serem associados, preferencialmente, ao mesmo médico de família, conforme dispõe o n.º 3 do artigo 4.º do referido despacho.

As famílias com utentes grávidas ou utentes com multimorbilidades, com doença crónica ou com crianças até 12 anos de vida têm prioridade na atribuição de médico de família (n.º 4 do artigo 4.º).

Quanto um utente com inscrição em cuidados de saúde primários necessita de contatar ocasionalmente com uma unidade funcional distinta daquela onde está inscrito, realiza um contato esporádico, o que não implica uma nova inscrição nessa unidade (n.º 1 do artigo 6.º do Despacho n.º 40/2025). Já nos termos do n.º 2 do artigo 6.º, "*O cidadão sem inscrição nos cuidados de saúde primários que necessite de cuidados médicos e/ou de enfermagem realiza um contacto esporádico, sem que ocorra qualquer inscrição numa unidade funcional*."

A qualquer momento, e por consulta do Portal SNS24 e App SNS24, o utente registado no RNU tem acesso aos seus dados de identificação e à caraterização da sua inscrição nos cuidados de saúde primários (n.º 1 do artigo 13.º do Despacho n.º 14830/2024, de 16 de dezembro).

Deste modo, o utente tem o direito de:

a) Aceder à sua informação (identificação, caracterização nos Cuidados de Saúde Primários e benefícios);

b) Solicitar a atualização dos dados referidos no artigo 5.º, através do contacto com uma unidade do SNS;

c) Solicitar a inscrição ou transferência de unidade funcional nos Cuidados de Saúde Primários, assim como a saída da lista de médico de família;

d) Manifestar a sua opção pela não inscrição em médico de família;

e) Efetuar a atualização dos seguintes dados através do Portal SNS24 e App SNS24:

i) Número de contacto telefónico;

ii) Endereço de e-mail.

O cidadão deve diligenciar no sentido de manter sempre atualizado o seu registo no RNU.

ii. Cuidados de saúde hospitalares

A rede de cuidados de saúde hospitalares integra os serviços de saúde que visam garantir a prestação de cuidados de saúde que envolvem intervenções de maior diferenciação de meios técnicos, mediante referenciação clínica ou em contexto de urgência ou emergência.

Os hospitais[23], os centros hospitalares e os institutos portugueses de oncologia são os estabelecimentos e serviços de SNS aos quais compete garantir a prestação de cuidados hospitalares.

No entanto, também compete às ULS garantir, no próprio estabelecimento, a prestação integrada de cuidados de saúde hospitalares, a par dos primários.

Ora, os hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e ULS são unidades de saúde do SNS, integrando o setor empresarial do Estado ou o setor público administrativo. Conforme dispõe o n.º 2 do artigo 63.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, "*Os hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e ULS integrados no setor empresarial do Estado que revestem a natureza de entidades públicas empresariais, doravante designados por estabelecimentos de saúde, E.P.E., são pessoas coletivas de direito público de natureza*

[23] Cfr. o estudo da ERS sobre "*Acesso a Cuidados de Saúde Mental nos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde*", disponível para consulta em https://ers.pt/pt/atividade/regulacao-economica/selecionar/estudos/lista-de-estudos/acesso-a-cuidados-de-saude-mental-nos-hospitais-do-servico-nacional-de-saude/.

empresarial integrados na administração indireta do Estado, dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do respetivo regime jurídico, constituídas por tempo indeterminado."

Por seu turno, de acordo com o n.º 4 do mesmo artigo, "*Os hospitais e centros hospitalares integrados no setor público administrativo, doravante designados por estabelecimentos de saúde, S. P. A., são institutos públicos de regime especial, nos termos da lei, integrados na administração indireta do Estado, dotados de autonomia administrativa e financeira e património próprio*."

Os estabelecimentos de saúde, E.P.E., e os estabelecimentos de saúde, S.P.A., têm como principal missão a prestação de cuidados hospitalares à população da sua área de influência, de acordo com as Redes de Referenciação Hospitalar e sem prejuízo do princípio do livre acesso e circulação no SNS (artigo 64.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto).

O Decreto-Lei n.º 52/2022 estabelece, ainda, no seu artigo 65.º, os seguintes princípios, aplicáveis aos estabelecimentos de saúde, E.P.E., e aos estabelecimentos de saúde, S.P.A.:

> "*a) Funcionamento em rede e promoção da articulação funcional da prestação de cuidados de saúde hospitalares com a prestação de cuidados de saúde primários, de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos, sob a coordenação da Direção Executiva do SNS;*
>
> *b) Garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade, mediante utilização eficiente dos recursos que lhe são afetos, privilegiando a hospitalização domiciliária e os cuidados de ambulatório sempre que se demonstre tecnicamente adequada;*
>
> *c) Realização das suas atividades de acordo com instrumentos de gestão previsional, nomeadamente contratos-programa, planos de desenvolvimento organizacional, anuais e plurianuais, e com cumprimento dos objetivos de política de saúde definida pelo Governo, através da área governativa da saúde;*
>
> *d) Financiamento das suas atividades e resultados através de mecanismos de contratualização com o Estado, em especial, com base em:*
>
> *i) Tabelas de preços e acordos em vigor no SNS;*
>
> *ii) Modelos de capitação ajustada pelo risco, desenvolvidos com base nas caraterísticas da população da área de referência; e*
>
> *iii) Transferências do Orçamento do Estado no caso dos hospitais integrados no setor público administrativo;*

e) Adesão a uma gestão partilhada de recursos no âmbito do SNS e a mecanismos de compras conjuntas;

f) Garantia de livre escolha do utente em relação à unidade do SNS onde pretende ter resposta, independentemente do seu local de inscrição e de residência."

A Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio, estabeleceu o processo de classificação dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do SNS, independentemente da sua natureza jurídica, tendo como princípio a definição das Redes de Referenciação Hospitalar (RRH). Conforme resulta do preâmbulo desta Portaria:

"[…] *o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (extensão a 2020) define como um dos seus eixos prioritários a equidade e o acesso adequado aos cuidados de saúde, e a qualidade em saúde, propondo orientações estratégicas, designadamente o reforço da articulação dos serviços de saúde mediante a reorganização dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados integrados, consolidando uma rede de prestação de cuidados integrada e eficiente. Neste sentido, importa investir na configuração de uma rede hospitalar coerente, racional e eficiente, consubstanciada num sistema integrado de prestação de cuidados. […] As Redes de Referenciação desempenham um papel fulcral enquanto sistemas integrados, coordenados e hierarquizados que promovem a satisfação das necessidades em saúde aos mais variados níveis, designadamente: do diagnóstico e terapêutica; da formação; da investigação e colaboração interdisciplinar, contribuindo para a garantia de qualidade dos cuidados prestados pelas diferentes especialidades hospitalares.*

A constituição das Redes de Referenciação é elaborada tendo em atenção as necessidades específicas dos utentes, a forma de organização dos serviços, devendo ser entendida como um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde, pensada e organizada de uma forma coerente e assente em princípios de racionalidade, complementaridade, apoio técnico e eficiência. […]*".*

O acesso de um utente a uma qualquer unidade da rede de cuidados hospitalares deverá respeitar a organização e as redes de referenciação previstas. Nos termos do artigo 5.º da Portaria n.º 147/2016, "*A referenciação de doentes entre instituições hospitalares do SNS, conforme a diferenciação técnica dos cuidados de saúde a realizar no âmbito de cada especialidade, decorre das regras estabelecidas para cada RRH*", redes, estas, que constam do anexo à referida Portaria.

Também a própria Lei n.º 15/2014, de 21 de março, impõe esta regra de funcionamento articulado e integrado, identificando situações específicas de acesso a determinados cuidados de saúde, constantes do regime de proteção na conceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez,

no parto, no nascimento e no puerpério, para cumprimento do princípio da generalidade nestas matérias. Assim, nos termos dos n.os 8 e 9 do artigo 15.º-C deste diploma legal, *"De acordo com a avaliação do risco pré-natal efetuada, os serviços de saúde que não possam assegurar à mulher grávida os cuidados de que esta necessita devem garantir uma referenciação planeada, célere e eficaz, para outro serviço de saúde mais diferenciado, de acordo com as redes de referenciação em vigor, mediante protocolos definidos entre os serviços de saúde envolvidos."*, e *"Na intervenção no âmbito da prestação de cuidados na assistência na gravidez deve ser garantida a adequada articulação e complementaridade entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, em especial através das unidades coordenadoras funcionais no âmbito do SNS."*.

iii. Cuidados de saúde continuados integrados

Nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 7.º do Estatuto do SNS, os cuidados continuados integrados centram-se em intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, que visam promover a autonomia e melhorar a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

O Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, procedeu à criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a funcionar no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. Conforme resulta do seu preâmbulo:

> *"*[…] *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. […]".

Neste contexto, a RNCCI é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e/ou de apoio social, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais, bem como pelo conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, criado pelo Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro (cfr. artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 101/2006).

Por *"*cuidados continuados integrados*"* entende-se *"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"* (cfr. alínea a) do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 101/2006); por "cuidados paliativos", entende-se *"os cuidados ativos, coordenados e globais,*

prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais" (cfr. alínea b) do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 101/2006).

O objetivo geral da RNCCI consiste na prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Como objetivos específicos, o n.º 2 do artigo 4.º do diploma em análise define os seguintes:

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

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

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

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

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

f) A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, 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.

Nos termos do n.º 1 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, os cuidados continuados integrados incluem-se no SNS e no sistema de segurança social, assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, por período que se prolonga para além do necessário para tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, e compreendem (i) a reabilitação, a readaptação e a reintegração social e (ii) a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis.

Atento o disposto no artigo 6.º do referido diploma, a RNCCI baseia-se no respeito pelos seguintes princípios:

a) Prestação individualizada e humanizada de cuidados;

b) Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede;

c) Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede;

d) Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade;

e) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados;

f) Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia;

g) Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia;

h) Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede;

i) Participação e corresponsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados;

j) Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

Nos termos do artigo 7.º, em conformidade com o que a própria CRP impõe, a RNCCI 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[24] das intervenções efetuadas.

A RNCCI 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 (cfr. artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 101/2006):

a) Interceção com os diferentes níveis de cuidados do sistema de saúde e articulação prioritária com os diversos serviços e equipamentos do sistema de segurança social;

b) Articulação em rede garantindo a flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas de cuidados;

c) Coordenação entre os diferentes setores e recursos locais;

d) Organização mediante modelos de gestão que garantam a prestação de cuidados efetivos, eficazes e oportunos, visando a satisfação das pessoas e que favoreçam a otimização dos recursos locais;

e) Intervenção baseada no plano individual de cuidados e no cumprimento de objetivos.

Nos termos dos artigos 12.º e seguintes do Decreto-Lei n.º 101/2006, a prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por:

a) Unidades de internamento (unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação e unidades de longa duração e manutenção);

b) Unidades de ambulatório (unidade de dia e de promoção de autonomia);

c) Equipas hospitalares (equipas de gestão de altas);

d) Equipas domiciliárias (equipas de cuidados continuados integrados)

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;

[24] A ERS publicou, no seu *website*, perguntas frequentes sobre consentimento informado, disponíveis em https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/consentimento-informado/.

e) Doença severa, em fase avançada ou terminal.

No que respeita ao ingresso na RNCCI, o artigo 32.º apresenta as seguintes regras:

"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.

[…]

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.

[…]

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

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

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

Quanto à mobilidade na RNCCI, e nos termos do artigo 33.º:

"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.".

Ainda neste âmbito, o Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, veio criar um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade, que incluem unidades residenciais, unidades sócio ocupacionais e equipas de apoio domiciliário, e que estão integradas na RNCCI, articulando-se com os serviços locais de saúde mental (SLSM).

Nos termos do artigo 3.º deste Decreto-Lei n.º 8/2010, os cuidados continuados integrados de saúde mental são desenvolvidos de acordo com os seguintes princípios:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

j) Eficiência e qualidade na prestação dos serviços.

Por sua vez, nos termos do artigo 4.º do referido diploma, constituem objetivos das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental:

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

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

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

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

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

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

a) Unidades residenciais (residências de treino de autonomia; residências autónomas de saúde mental; residências de apoio moderado; residências de apoio máximo).

b) Unidades sócio-ocupacionais;

c) Equipas de apoio domiciliário.

Nos termos do artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 8/2010, são destinatários das unidades e equipas previstas nesta rede, as pessoas com incapacidade psicossocial e necessidade de cuidados continuados integrados de saúde mental que:

a) Se encontrem a viver na comunidade;

b) Tenham alta de unidades de agudos de hospitais psiquiátricos, de instituições psiquiátricas do setor social ou de departamentos e serviços de psiquiatria e pedopsiquiatria de hospitais;

c) Tenham alta de unidades de internamento de longa duração, públicas ou privadas;

d) Sejam referenciadas pelos SLSM.

Esgotado o prazo de internamento fixado e não sendo atingidos os objetivos terapêuticos, deve o responsável da unidade ou equipa preparar a saída, em articulação com a respetiva equipa

coordenadora e o SLSM, tendo em vista o ingresso da pessoa na unidade ou equipa mais adequada, procurando atingir a melhoria ou a recuperação, ganhos visíveis na autonomia ou bem-estar e na qualidade da vida (cfr. n.º 1 do artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 8/2010).

Cabe à Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde coordenar a resposta assistencial das unidades que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), bem como gerir a RNCCI, incluindo a área de saúde mental, em articulação com os demais organismos competentes, assim como assegurar o funcionamento em rede do SNS (cfr. als. a), b) e c) do n.º 1 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e als. a), b) e c) do n.º 2 do artigo 3.º do anexo I do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro).

iv. Cuidados paliativos

A 5 de setembro de 2012, foi publicada a Lei n.º 52/2012 - Lei de Bases dos Cuidados Paliativos - que regula o direito de acesso dos utentes aos cuidados paliativos, define a responsabilidade do Estado nesta matéria, e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), a funcionar sob tutela do Ministério da Saúde.

A Base II estabelece, entre outros, os seguintes conceitos:

> "*a) «Cuidados paliativos» os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais;*
>
> *b) «Ações paliativas» as medidas terapêuticas sem intuito curativo, isoladas e praticadas por profissionais sem preparação específica, que visam minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente, nomeadamente em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva;*
>
> *c) «Continuidade dos cuidados» a sequencialidade, no tempo e nos serviços da RNCP, e fora desta, das intervenções integradas de saúde e de apoio psicossocial e espiritual;*
>
> […]

k) «Cuidados continuados de saúde» o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social;".

A RNCP baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada, que prevê diferentes tipos de unidades e de equipas para a prestação de cuidados paliativos, cooperando com outros recursos de saúde hospitalares, comunitários e domiciliários (cfr. n.º 1 da Base X). A prestação de cuidados paliativos organiza-se mediante modelos de gestão que garantam uma prestação de cuidados eficazes, oportunos e eficientes, visando a satisfação das pessoas numa lógica de otimização dos recursos locais e regionais, de acordo com o n.º 2 da Base X.

Os cuidados paliativos centram-se na prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, na melhoria do bem-estar e no apoio aos doentes e às suas famílias, quando associado a doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva, e devem respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana (cfr. Base III).

Nos termos da Base IV, os cuidados paliativos regem-se pelos seguintes princípios:

a) Afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica;

b) Aumento da qualidade de vida do doente e sua família;

c) Prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa, de cuidados paliativos aos doentes que necessitem deste tipo de cuidados;

d) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados paliativos;

e) Conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas;

f) Consideração pelas necessidades individuais dos pacientes;

g) Respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas;

h) Continuidade de cuidados ao longo da doença.

Atento o n.º 1 da Base V, o utente tem direito a:

a) Receber cuidados paliativos adequados à complexidade da situação e às necessidades da pessoa, incluindo a prevenção e o alívio da dor e de outros sintomas;

b) Escolher o local de prestação de cuidados paliativos e os profissionais, exceto em casos urgentes, nos termos dos princípios gerais da Lei de Bases da Saúde;

c) Fazer-se acompanhar, nos termos da lei;

d) Ser informado sobre o seu estado clínico, se for essa a sua vontade;

e) Participar nas decisões sobre cuidados paliativos que lhe são prestados, nomeadamente para efeitos de determinação de condições, limites ou interrupção dos tratamentos;

f) Ver garantidas a sua privacidade e a confidencialidade dos dados pessoais;

g) Receber informação objetiva e rigorosa sobre condições de internamento.

Para efeitos de consentimento, a LBCP reconhece que os menores e maiores sem capacidade de decisão não podem tomar, sozinhos, decisões relativas aos cuidados paliativos. Porém, as crianças, os adolescentes e as pessoas incapacitadas sob tutela têm o direito de expressar a sua vontade e essa vontade deve ser considerada pelos profissionais de saúde (cfr. n.º 3 e 4 da Base V).

A LBCP reconhece ainda às famílias ou representantes legais dos doentes os seguintes direitos (Base VI):

a) Receber apoio adequado à sua situação e necessidades, incluindo a facilitação do processo do luto;

b) Participar na escolha do local da prestação de cuidados paliativos e dos profissionais, exceto em casos urgentes, nos termos dos princípios gerais da Lei de Bases da Saúde;

c) Receber informação sobre o estado clínico do doente, se for essa a vontade do mesmo;

d) Participar nas decisões sobre cuidados paliativos que serão prestados ao doente e à família, nos termos da presente lei;

e) Receber informação objetiva e rigorosa sobre condições de internamento.

Os cuidados paliativos são prestados por serviços e estabelecimentos do SNS, podendo, quando a resposta pública se revelar insuficiente, ser também assegurados por entidades dos setores social ou privado, certificados nos termos da lei (cfr. n.º 1 da Base VIII).

Constitui objetivo global da RNCP a prestação de cuidados paliativos a pessoas doentes que, independentemente da idade e patologia, estejam numa situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, com prognóstico limitado e em fase avançada e progressiva (n.º 1 da Base IX). Constituem objetivos específicos da RNCP (n.º 2 da Base IX):

a) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de sofrimento, através da prestação de cuidados paliativos;

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

c) A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados paliativos;

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

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

f) O acesso atempado e equitativo dos doentes e suas famílias aos cuidados paliativos em todo o território nacional;

g) A manutenção dos doentes no domicílio, desde que seja essa a vontade da pessoa doente, sempre que o apoio domiciliário possa garantir os cuidados paliativos necessários à manutenção de conforto e qualidade de vida;

h) A antecipação das necessidades e planeamento das respostas em matéria de cuidados paliativos.

Nos termos da Base XIV, as equipas de prestação de cuidados paliativos, a nível local, são (i) unidades de cuidados paliativos, (ii) equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos ou (iii) equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.

Nos termos da Base XX, a admissão na RNCP é efetuada com base em critérios clínicos, mediante decisão das unidades ou equipas de cuidados paliativos. A admissão em cada unidade ou equipa da RNCP tem em conta critérios de complexidade, gravidade e prioridade clínica e é solicitada pelos próprios serviços da RNCP, pelo médico de família, por outro médico que referencia o utente necessitado de cuidados paliativos, pelas unidades dos cuidados de saúde primários ou da RNCCI, pelos serviços hospitalares ou pelo utente e sua família. Na referenciação do utente, 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.

Quanto à mobilidade na RNCP, a Base XXI afirma que ao utente admitido é garantida a mobilidade nos vários serviços da Rede, de acordo com critérios de adequação, de continuidade de cuidados e de maior proximidade ao domicílio, nos termos da Lei de Bases da Saúde.

Por fim, cumpre referir que através da Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro, foi regulamentada a LBCP, no que diz respeito (i) à caracterização dos serviços e a admissão nas equipas locais; (ii) à admissão nas unidades de cuidados paliativos, em funcionamento, criadas ao abrigo do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, contratualizadas com entidades do setor social ou privado, bem como os procedimentos de prorrogação, mobilidade e alta dos utentes destas unidades; e (iii) às condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos.

Nos termos do n.º 2 do artigo 7.º do Estatuto do SNS, as intervenções ao nível da saúde pública e dos cuidados paliativos integram o SNS, independentemente do nível de cuidados em que são realizadas. Já o n.º 3 do mesmo artigo dispõe que o mesmo se aplica às intervenções no domínio dos comportamentos aditivos e das dependências, abrangendo a sua prevenção, tratamento, redução de riscos e minimização de danos e reinserção.

Atualmente, cabe à Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde coordenar a resposta assistencial das unidades que integram a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), bem como gerir a RNCP, em articulação com os demais organismos competentes (cfr. als. a) e b) do n.º 1 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e als. a), b) e c) do n.º 2 do artigo 3.º do anexo I do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro).

v. Cuidados de saúde prestados a beneficiários do SNS, por entidades dos setores privado, cooperativo ou social

De acordo com o disposto no n.º 1 da Base 22 da LBS, deve o Estado assegurar os recursos necessários à efetivação do direito à proteção da saúde, conforme previsto no artigo 64.º da CRP. Por sua vez, atento o n.º 1 da Base 6 da LBS, a responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde efetiva-se primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos, podendo, de forma supletiva e temporária, ser celebrados acordos com entidades dos setores privado, social e cooperativo, bem como com profissionais em regime de trabalho independente, em caso de necessidade fundamentada.

Assim, por força da necessidade de respeitar os princípios da universalidade e da generalidade, e antecipando que, em determinados momentos, o SNS poderá não reunir condições para assegurar a prestação de todos os cuidados de saúde necessários a todo e qualquer utente, o n.º 1 da Base 25 da LBS, sob a epígrafe "*Contratos para a prestação de cuidados de saúde*", afirma o seguinte: "*Tendo em vista a prestação de cuidados e serviços de saúde a beneficiários do SNS, e quando o SNS não tiver, comprovadamente, capacidade para a prestação de cuidados em tempo útil, podem*

ser celebrados contratos com entidades do setor privado, do setor social e profissionais em regime de trabalho independente, condicionados à avaliação da sua necessidade."

Para além disso, e atento o n.º 3 da Base 34, "*Em situação de emergência de saúde pública, o membro do Governo responsável pela área da saúde toma as medidas de exceção indispensáveis, se necessário mobilizando a intervenção das entidades privadas, do setor social e de outros serviços e entidades do Estado.*"

Esta possibilidade de recurso a meios estruturais, técnicos e humanos é, assim, excecional: só poderá acontecer em casos de emergência de saúde pública e por falta comprovada de capacidade instalada do SNS, sendo certo que os cuidados de saúde que forem prestados nesse âmbito devem respeitar todas as normas e princípios aplicáveis ao SNS. Nestes casos de intervenção de entidades dos setores privado, cooperativo ou social, os cuidados de saúde são prestados ao abrigo de acordos específicos celebrados com o Estado, por intermédio dos quais aquelas entidades são incumbidas da missão de interesse público inerente à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS, passando a fazer parte do conjunto de operadores, públicos e privados que garantem o direito de acesso a cuidados de saúde. E por isso, o Estatuto do SNS prevê que "*Os estabelecimentos e serviços prestadores de cuidados ou de serviços de saúde do setor privado e social podem integrar o SNS, nos termos da lei, mediante a celebração de contrato e nos limites da atividade contratada*" e que "*Nos termos do n.º 1 da Base 6 da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, e para além das situações previstas no Decreto-Lei n.º 23/2020, de 22 de maio, tendo em vista a prestação de cuidados e serviços de saúde a beneficiários do SNS, quando o SNS não tiver capacidade para a prestação de cuidados em tempo útil podem ser celebrados contratos com entidades do setor privado e social e com profissionais em regime de trabalho independente, condicionados à avaliação da sua necessidade.*" – cfr. artigos 2.º e 29.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

Todos os estabelecimentos abrangidos por tais contratos deverão prestar os cuidados que se revelarem necessários aos beneficiários do SNS, o que significa, designadamente, que a estes devem ser aplicadas as regras em vigor para o acesso aos demais estabelecimentos e serviços do SNS, nomeadamente no que diz respeito ao regime das taxas moderadoras (cfr. artigo 29.º, n.º 2 do referido Decreto-Lei n.º 52/2022).

Constitui também dever dos estabelecimentos abrangidos pelos referidos contratos, receber e cuidar dos beneficiários do SNS em função do grau de urgência, de forma adequada à sua situação, sem qualquer discriminação e de acordo com os termos contratualizados.

O Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro[25], estabelece o regime jurídico das convenções que tenham por objeto a realização de prestações de saúde aos beneficiários do SNS, no âmbito da rede nacional de prestação de cuidados de saúde. Por via deste diploma, estabeleceu-se um modelo especial de contratação pelo Estado para tal prestação de cuidados de saúde, o qual deverá respeitar os princípios da complementaridade, da liberdade de escolha, da transparência, da igualdade e da concorrência.

As convenções podem ser celebradas mediante um contrato de adesão ou após um procedimento de contratação específico, e o seu objeto pode ficar circunscrito à prestação de cuidados de saúde numa determinada região do país ou em todo o território nacional.

Podem ser parte em convenções quaisquer pessoas singulares ou coletivas, com ou sem fins lucrativos, incluindo as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), nos termos previstos no Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro[26]. Assim que as convenções entram em vigor, compete ao utente, uma vez verificadas as condições previstas na Lei e nesses instrumentos contratuais, a escolha da entidade convencionada, de entre as várias aderentes que reúnam os requisitos para a prestação de serviços convencionados.

Segundo o n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, a contratação de convenções deve respeitar os seguintes princípios:

a) Equidade no acesso dos utentes aos cuidados de saúde;

b) Complementaridade, destinando-se a sua celebração a colmatar as necessidades do SNS quando este, de forma permanente ou esporádica, não tem capacidade para as suprir;

c) Liberdade de escolha dos prestadores pelos utentes, quer do SNS, quer de entidades convencionadas, nos limites dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização estabelecidas;

d) Garantia de adequados padrões de qualidade da prestação de cuidados de saúde.

Por sua vez, atento o n.º 2 do mesmo artigo 2.º, a contratação de convenções deve prosseguir os seguintes objetivos:

a) Prontidão, continuidade, proximidade e qualidade na prestação dos cuidados de saúde;

---

[25] De acordo com o disposto no artigo 27.º, n.º 3, do Decreto-Lei n.º 54/2024, de 6 de setembro, que extinguiu as Administrações Regionais de Saúde, I.P., "*As referências feitas às ARS, I. P., nos Decretos-Leis n.os 138/2013 e 139/2013, ambos de 9 de outubro, consideram-se feitas às ULS, sem prejuízo de a ACSS, I. P., poder intervir na contratação de âmbito regional de prestação de cuidados de saúde*."

[26] Cfr. nota de rodapé n.º 25.

b) Obtenção de ganhos de eficiência na distribuição e afetação dos recursos do SNS, através da adoção de formas de gestão flexíveis e de mecanismos concorrenciais;

c) Promoção da qualidade dos serviços prestados, através da exigência de licenciamento, quando aplicável e, complementarmente, através da indexação de padrões de qualidade ao financiamento.

Nos termos do artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 139/2013, as entidades convencionadas, isto é, as entidades que celebrem convenções com o Estado para a prestação de cuidados de saúde aos utentes beneficiários do SNS, devem observar os seguintes deveres:

a) Prestar cuidados de saúde de qualidade e com segurança aos utentes do SNS, em tempo útil, nas melhores condições de atendimento, não estabelecendo qualquer tipo de discriminação;

b) Executar, exata e pontualmente, as prestações contratuais em cumprimento do convencionado, não podendo transmitir a terceiros as responsabilidades assumidas perante a entidade pública contratante, salvo nos casos legal ou contratualmente admissíveis;

c) Prestar às entidades fiscalizadoras as informações e esclarecimentos necessários ao desempenho das suas funções, incluindo o acesso a todos os registos e documentação comprovativa da prestação de cuidados, nas vertentes física, financeira e níveis de serviço observados;

d) Facultar informações estatísticas, relativamente à utilização dos serviços, para efeitos de auditoria e fiscalização e controlo de qualidade, no respeito pelas regras deontológicas e de segredo profissional;

e) Respeitar os protocolos, requisitos e especificações técnicas para recolha, tratamento e transmissão de informação definidas contratualmente.

De acordo com a alínea r) do n.º 2 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro, que aprovou a orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), é atribuição da ACSS "*celebrar, sob proposta da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P. (DE-SNS, I. P.), acordos com entidades prestadoras de cuidados de saúde, entidades do setor privado ou social e com profissionais em regime de trabalho independente, incluindo nas áreas dos cuidados continuados integrados e cuidados paliativos, bem como celebrar e acompanhar os contratos em regime de parceria público-privada*;". Nos termos do n.º 4 do mesmo artigo, "*À ACSS, I. P., cabe ainda a coordenação e acompanhamento da execução dos contratos de gestão em regime de parceria público-privada, dos contratos-programa com entidades do sector empresarial do Estado*

e de outros contratos de prestação de cuidados de saúde celebrados com entidades do sector privado e social."

A este propósito, refira-se que a própria ERS, nos termos do disposto na alínea b) do n.º 1 do artigo 27.º dos seus Estatutos, tem a incumbência de proceder à recolha e atualização da lista de contratos de concessão, de parceria público-privada, de convenção e das relações contratuais afins no setor da saúde.

Nos termos dos n.os 1 e 2 do artigo 15.º do referido Decreto-Lei n.º 139/2013, sem prejuízo das regras gerais em matéria de incumprimento contratual, constituem incumprimento grave das convenções, e são fundamento de resolução das mesmas, os seguintes factos:

a) A existência de práticas que discriminem utentes do SNS;

b) A violação do disposto nos n.os 2 e 3 do artigo 5.º[27];

c) O abandono da prestação de serviços ou a sua suspensão injustificada.

Assim sendo, as entidades convencionadas não podem recusar, injustificadamente, a prestação de cuidados de saúde a utentes do SNS, nomeadamente com base em quaisquer motivos de ordem financeira, de gestão ou outra, sob pena de colocarem em crise a missão de interesse público que o Estado lhes atribuiu, mediante a celebração de convenção para a prestação de cuidados de saúde a utentes do SNS.

Ainda neste âmbito, importa fazer uma breve referência ao regime do Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro, que define as formas de articulação do Ministério da Saúde e os estabelecimentos e serviços do SNS com as IPSS. Atento o disposto no seu artigo 2.º, as IPSS intervêm na atividade do SNS mediante a prestação de cuidados de saúde, traduzida em acordos que podem revestir as seguintes modalidades:

a) Acordo de gestão, que tem por objeto a gestão de um estabelecimento do SNS;

b) Acordo de cooperação, que visa a integração de um estabelecimento pertencente às IPSS no SNS, passando aquele a assegurar as prestações de saúde nos mesmos termos dos demais estabelecimentos do SNS;

[27] Nos termos do n.º 2 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, "*Os profissionais vinculados ao SNS não podem celebrar convenções, deter funções de gerência ou a titularidade de capital superior a 10 % de entidades convencionadas, por si mesmos, pelos seus cônjuges e pelos seus ascendentes ou descendentes do 1.º grau*."; por sua vez, nos termos do n.º 3 do mesmo artigo 5.º, "*Os trabalhadores com funções de direção e chefia no âmbito dos estabelecimentos e serviços do SNS não podem exercer funções de direção técnica em entidades convencionadas*."

c) Convenção, que visa a prestação de cuidados de saúde por IPSS aos utentes do SNS, através de meios próprios e integração na rede nacional de prestação de cuidados, nos termos do regime jurídico das convenções.

Estas formas de articulação não prejudicam outros modelos de contratualização com as IPSS, nos termos estabelecidos noutros diplomas legais, e não se aplicam à celebração de contratos no âmbito da RNCCI.

Nos termos do n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 138/2013, a celebração de acordos com IPSS deve respeitar os seguintes princípios:

a) Realização das prestações de saúde em conformidade com as regras aplicáveis ao SNS;

b) Respeito das orientações técnicas emanadas do Ministério da Saúde;

c) Prestação atempada das informações necessárias ao acompanhamento do acordo;

d) Demonstração e garantia da economia, eficácia e eficiência dos acordos e, bem assim, a sua sustentabilidade financeira;

e) Rentabilização dos meios existentes e boa articulação entre instituições de saúde públicas e do setor social, na área da saúde.

Atento o disposto no artigo 10.º do diploma em apreço, constituem deveres das IPSS que tenham celebrado acordos:

a) Prestar cuidados de saúde de qualidade aos utentes do SNS, em tempo útil, nas melhores condições de atendimento, não estabelecendo qualquer tipo de discriminação;

b) Prestar às entidades fiscalizadoras as informações e esclarecimentos necessários ao desempenho das suas funções;

c) Facultar informações estatísticas, relativamente à utilização dos serviços, para efeitos de auditoria e fiscalização e controlo de qualidade, no respeito pelas regras deontológicas e de segredo profissional;

d) Respeitar os protocolos, requisitos e especificações técnicas para recolha, tratamento e transmissão de informação clínica e administrativa, definidas contratualmente.

No quadro dos Estatutos da ERS, são objetivos da sua atividade reguladora, entre outros, assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei, e garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes (cfr. artigo 10.º, alíneas b) e c) dos Estatutos).

Por sua vez, nos termos do disposto no artigo 12.º, incumbe à ERS:

"*a) Assegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados;*

b) Prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados;

c) Prevenir e punir as práticas de indução artificial da procura de cuidados de saúde;

d) Zelar pelo respeito da liberdade de escolha nos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, incluindo o direito à informação."

Assim, nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, "*Constitui contraordenação, punível com coima de € 750 a € 3740,98 ou de € 1000 a € 44 891,81, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva: a) A violação dos deveres que constam da «Carta dos direitos de acesso» a que se refere a alínea b) do artigo 13.º, bem como nos n.os 1 e 2 do artigo 30.º*".

Por sua vez, nos termos da alínea b) do n.º 2 do mesmo artigo 61.º, "*Constitui contraordenação, punível com coima de € 1000 a € 3740,98 ou de € 1500 a € 44 891,81, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva:* […] *b) A violação das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde: i) A violação da igualdade e universalidade no acesso ao SNS, prevista na alínea a) do artigo 12.º; ii) A violação de regras estabelecidas em lei ou regulamentação e que visem garantir e conformar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde, bem como práticas de rejeição ou discriminação infundadas, em estabelecimentos públicos, publicamente financiados, ou contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas e subsistemas públicos de saúde ou equiparados, nos termos do disposto nas alíneas a) e b) do artigo 12.º; iii) A indução artificial da procura de cuidados de saúde, prevista na alínea c) do artigo 12.º; iv) A violação da liberdade de escolha nos estabelecimentos de saúde privados, sociais, bem como, nos termos da lei, nos estabelecimentos públicos, prevista na alínea d).* […]"

c) A tendencial gratuitidade

Conforme previsto na alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º da CRP e na alínea c) do n.º 2 da Base 20 da LBS, o direito à proteção da saúde é realizado através de um SNS universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.

Considerando que, por força do princípio fundamental da igualdade, ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão da sua situação económica ou condição social, o acesso à proteção da saúde e ao SNS não poderia estar sujeito ao pagamento de um preço.

A tendencial gratuitidade significa, assim, que a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS não implica qualquer co-pagamento, sendo apenas admissível a cobrança de valores em condições muito específicas e previamente determinadas por Lei, tal como sucede no caso das taxas moderadoras.

A este respeito relembre-se que a CRP, no seu texto originário, dispunha que o direito à proteção da saúde seria realizado "*pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito*". Nessa sequência, a Assembleia da República aprovou a Lei n.º 56/79, de 15 de setembro (que tinha natureza de lei de bases), denominada "Lei do Serviço Nacional de Saúde", e que estabelecia, no seu artigo 7.º, que o acesso ao SNS seria gratuito, não obstante a possível cobrança de taxas moderadoras diversificadas tendentes a racionalizar a utilização dos serviços públicos de saúde.

No seguimento do previsto neste artigo 7.º da Lei n.º 56/79, o Governo aprovou o Decreto-Lei n.º 57/86, de 20 de março, que regulamentou as condições de exercício do direito de acesso aos cuidados de saúde. Nesse diploma eram fixadas taxas moderadoras no acesso aos cuidados de saúde, com a previsão de várias exceções, tais como internamentos hospitalares ou radioterapia.

Após a aprovação e publicação deste Decreto-Lei n.º 57/86, o Tribunal Constitucional foi chamado a pronunciar-se sobre o seu conteúdo, não declarando a inconstitucionalidade material do diploma, por eventual violação do princípio da gratuitidade do SNS previsto no n.º 2 do artigo 64.º da CRP. No Acórdão n.º 330/89, de 11 de abril, o Tribunal Constitucional aderiu a uma "aceção normativa" do conceito de gratuitidade, afastando ou rejeitando o seu conceito objetivo ou etimológico, segundo o qual um serviço gratuito será aquele que não implica o pagamento de qualquer preço[28]. Segundo

[28] A favor do conceito objetivo de gratuitidade e, como tal, discordando da constitucionalidade das taxas moderadoras face ao texto constitucional, anterior à Revisão Constitucional de 1989, vd. votos de vencido no Acórdão n.º 330/89, de 11 de Abril, dos Conselheiros Mário de Brito, Martins da Fonseca e Vital Moreira e, ainda, Jorge Reis Novais, Parecer elaborado para o Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde – Anexo 4, "*Os Limites constitucionais à alteração do modelo de Financiamento do Serviço Nacional de Saúde*".

essa aceção, o conceito de gratuitidade seria compatível com a fixação de uma prestação financeira a pagar pelos utentes e destinada à moderação do consumo de cuidados de saúde. Assim sendo, se os valores cobrados correspondessem à transferência para o utente de parte ou da totalidade do "preço" da prestação de cuidados de saúde (por outras palavras, se correspondesse a um co-pagamento), e por muito baixo que fosse o seu valor, a prestação nunca seria gratuita e, portanto, seria inconstitucional. Se, pelo contrário, a intenção fosse a de dissuadir os utentes à utilização desnecessária dos serviços de saúde, mediante a cobrança de uma quantia razoável, a prestação continuava a ser gratuita e, portanto, constitucionalmente admissível. Nesse sentido, o Tribunal Constitucional, no Acórdão referido, considerou que, face ao sentido mais amplo do conceito de gratuitidade, que teria sido adotado pelo legislador constituinte no n.º 2 do artigo 64.º da CRP, seria possível admitir a exigência de taxas moderadoras aos utentes do SNS, tal como estava previsto, quer no artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 57/86, de 20 de março, quer no artigo 7.º da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, tendo por isso considerado constitucionais as referidas normas.

Posteriormente, a Lei Constitucional n.º 1/89 alterou a redação do n.º 2 artigo 64.º da CRP, passando este a prever, na sua alínea a), que a realização do direito à proteção da saúde é feita "*através de um serviço nacional de saúde universal, geral e, tendo em conta a condição económica e social dos cidadãos, tendencialmente gratuito*".

A pretexto da apreciação da constitucionalidade de algumas normas da anterior LBS, o Tribunal Constitucional teve oportunidade de interpretar o conceito e o sentido que foi atribuído à expressão "*tendencialmente gratuito*", introduzida na alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º da CRP, na revisão constitucional de 1989. De acordo com o entendimento manifestado pelo Tribunal Constitucional, no seu Acórdão n.º 731/95, de 14 de dezembro[29], a expressão "*tendencialmente gratuito*" não inverteu o princípio da gratuitidade, mas abriu a possibilidade de existirem exceções àquele princípio, nomeadamente quando o objetivo seja o de racionalizar a procura de cuidados de saúde (por exemplo, através da aplicação de taxas moderadoras). Efetivamente, no Acórdão supra identificado, o Tribunal Constitucional entendeu que:

> *"[…] o Serviço Nacional de Saúde, cuja criação a Constituição determina, não é apenas um conjunto de prestações e uma estrutura organizatória; não é apenas um conjunto mais ou menos avulso de serviços (hospitais, etc.) —, é um serviço em sentido próprio. É, por isso, uma estrutura* a se*, um complexo de serviços, articulado e integrado. Embora da alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º da Constituição não possa retirar-se um modelo único de organização do Serviço Nacional de Saúde, cuja criação aí se prescreve (cfr. o Acórdão n.º 330/89), certo é*

[29] O Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 731/95 pode ser consultado em http://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/19950731.html.

que a «liberdade» deferida ao legislador para a sua conformação sofre dos limites estabelecidos nesse mesmo preceito e que são a universalidade do Serviço Nacional de Saúde, a sua generalidade e a sua gratuitidade tendencial, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos."

Nesse sentido, especificamente sobre o conceito de gratuitidade tendencial, o Tribunal Constitucional esclareceu o seguinte:

"[…] *«significa rigorosamente que as prestações de saúde não estão em geral sujeitas a qualquer retribuição ou pagamento por parte de quem a elas recorra, pelo que as eventuais taxas (v. g., as chamadas «taxas moderadoras») são constitucionalmente ilícitas se, pelo seu montante ou por abrangerem as pessoas sem recursos, dificultarem o acesso a esses serviços» (cfr. ob. cit., p. 343). Seja qual for o verdadeiro sentido da modificação operada pela Lei Constitucional n.º 1/89, através da introdução da expressão «gratuitidade tendencial, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos», a mesma teve, pelo menos, o efeito de «flexibilizar» a fórmula constitucional anterior (a da «gratuitidade» tout court), atribuindo, assim, ao legislador ordinário uma maior discricionariedade na definição dos contornos da gratuitidade do Serviço Nacional de Saúde. O artigo 64.º, n.º 2, alínea a), da Lei Fundamental não veda, pois, ao legislador a instituição de «taxas moderadoras ou outras», desde que estas não signifiquem a retribuição de um «preço» pelos serviços prestados, nem dificultem o acesso dos cidadãos mais carenciados aos cuidados de saúde."*

Assim, ao estabelecer-se, na anterior LBS (entretanto revogada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, que aprovou a atual LBS), que a cobrança de taxas moderadoras tinha *"o objectivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde"*, o legislador pretendeu que, nas situações em que a decisão de recorrer ou não aos cuidados de saúde dependesse unicamente da vontade do utente, essas taxas fossem capazes de conter um consumo excessivo face às reais necessidades de cuidados de saúde. Contudo, e porque são frequentes as situações em que a decisão de consumo de cuidados de saúde é partilhada entre utente e profissional de saúde, ou depende em larga medida do segundo, assumindo a prescrição médica um papel fundamental para a decisão, a atual LBS estabelece, no n.º 2 da sua Base 24, o seguinte: "*Com o objetivo de promover a correta orientação dos utentes, deve ser dispensada a cobrança de taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários e, se a origem da referenciação for o SNS, nas demais prestações de saúde, nos termos a definir por lei.*"

As taxas moderadoras constituem uma receita do SNS. No entanto, representam apenas uma pequena fração do total dessa receita, não sendo seu objetivo funcionar como fonte de financiamento.

Face ao enquadramento constitucional em vigor, a LBS afirma, no n.º 1 da Base 23, que "*O financiamento do SNS é assegurado por verbas do Orçamento do Estado, podendo ser determinada a consignação de receitas fiscais para o efeito, sem prejuízo de outras receitas previstas em lei, regulamento, contrato ou outro título*.". No que respeita às taxas moderadoras, e por forma a cumprir o princípio da tendencial gratuitidade, o n.º 1 da Base 24 prevê o seguinte: "*A lei deve determinar a isenção de pagamento de taxas moderadoras, nomeadamente em função da condição de recursos, de doença ou de especial vulnerabilidade, e estabelecer limites ao montante total a cobrar*."[30]

No seguimento do que se acaba de expor, conclui-se que a cobrança de taxas moderadoras é admissível, desde que:

(i) tenha como finalidade racionalizar a utilização do SNS;

(ii) não corresponda a uma contrapartida financeira, ou seja, ao pagamento do (ou parte do) preço dos cuidados de saúde prestados; e

(iii) não seja apta a criar impedimentos ou restrições no acesso dos utentes aos cuidados de saúde.

O Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, veio regular "*o acesso às prestações do Serviço Nacional de Saúde (SNS) por parte dos utentes no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios, tendo por base a definição de situações determinantes de isenção de pagamento ou de comparticipação, como situações clínicas relevantes de maior risco de saúde ou situações de insuficiência económica*" (cfr. artigo 1.º).

Nos termos do preceituado no seu artigo 2.º, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio, que veio proceder a um substancial e relevante alargamento das situações de dispensa de cobrança de taxas moderadoras, "*As prestações de saúde, cujos encargos sejam suportados pelo orçamento do SNS, implicam o pagamento de taxas moderadoras apenas nos serviços de urgência hospitalar*".

O regime de taxas moderadoras prevê a distinção entre isenção e dispensa do pagamento, com base em critérios de racionalidade e discriminação positiva dos mais carenciados e desfavorecidos, ao nível do risco de saúde ponderado e ao nível da insuficiência económica, bem como de determinados grupos populacionais que se encontram em condições de especial vulnerabilidade e risco (cfr. artigos 4.º e 8.º do diploma em apreço).

[30] No mesmo sentido, *vide* o n.º 3 do artigo 23.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que prescreve o seguinte: "*A lei determina as situações de isenção de pagamento de taxas moderadoras, nomeadamente em função da condição de recursos, de doença ou de especial vulnerabilidade, estabelece limites ao montante total a cobrar e promove a progressiva dispensa de cobrança de taxas moderadoras*."

Neste sentido, a isenção do pagamento de taxas moderadoras confere o direito ao não pagamento de taxas moderadoras em todas as prestações de saúde; a dispensa contempla apenas o direito ao não pagamento de taxas moderadoras no acesso a prestações de saúde específicas.

Nos termos do n.º 1 do artigo 4.º[31] do Decreto-Lei n.º 113/2011, estão isentos do pagamento de taxas moderadoras:

a) As grávidas e parturientes;

b) Os menores;

c) Os utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%;

d) Os utentes em situação de insuficiência económica, bem como os dependentes do respetivo agregado familiar, nos termos do artigo 6.º;

e) Os dadores benévolos de sangue;

f) Os dadores vivos de células, tecidos e órgãos;

g) Os bombeiros;

h) Os doentes transplantados;

i) Os militares e ex-militares das Forças Armadas[32] que, em virtude da prestação do serviço militar, se encontrem incapacitados de forma permanente;

j) Os desempregados com inscrição válida no centro de emprego auferindo subsídio de desemprego igual ou inferior a 1,5 vezes o indexante de apoios sociais (IAS), que, em virtude de situação transitória ou de duração inferior a um ano, não podem comprovar a sua condição de insuficiência económica nos termos previstos no artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, e o respetivo cônjuge e dependentes.

k) Os jovens em processo de promoção e proteção a correr termos em comissão de proteção de crianças e jovens ou no tribunal, com medida aplicada no âmbito do artigo 35.º da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de setembro,

[31] O artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, foi repristinado na redação imediatamente anterior à da Lei n.º 134/2015, de 7 de setembro, por via da Lei n.º 3/2016, de 29 de fevereiro (que determina a revogação do pagamento de taxas moderadoras na interrupção voluntária da gravidez), e que, na alínea a) do seu artigo 2.º, prescreve a revogação da Lei n.º 134/2015, de 7 de setembro.

[32] A Lei n.º 46/2020, de 20 de agosto, que aprova o Estatuto do Antigo Combatente, dispõe, no seu artigo 16.º, que estão isentos do pagamento de taxas moderadoras, os antigos combatentes e as viúvas dos antigos combatentes, detentores dos respetivos cartões. Para este efeito, são considerados antigos combatentes os militares e ex-militares previstos no artigo 2.º da referida lei.

que não possam, por qualquer forma, comprovar a sua condição de insuficiência económica nos termos previstos no artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 113/2011;

l) Os jovens que se encontrem em cumprimento de medida tutelar de internamento, de medida cautelar de guarda em centro educativo ou de medida cautelar de guarda em instituição pública ou privada, por decisão proferida no âmbito da Lei Tutelar Educativa, aprovada pela Lei n.º 166/99, de 14 de setembro, que não possam, por qualquer forma, comprovar a sua condição de insuficiência económica nos termos previstos no artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 113/2011;

m) Os jovens integrados em qualquer das respostas sociais de acolhimento por decisão judicial proferida em processo tutelar cível, e nos termos da qual a tutela ou o simples exercício das responsabilidades parentais sejam deferidos à instituição onde os jovens se encontram integrados, que não possam, por qualquer forma, comprovar a sua condição de insuficiência económica nos termos previstos no artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 113/2011;

n) Os requerentes de asilo e refugiados e respetivos cônjuges ou equiparados e descendentes diretos.

Também as vítimas dos incêndios florestais ocorridos em Portugal continental, entre 17 e 24 de junho de 2017, 15 e 16 de outubro de 2017, e entre 3 e 10 de agosto de 2018, nos termos da Lei n.º 108/2017, de 23 de novembro e do Despacho n.º 4703/2018, de 14 de maio, estão isentas do pagamento de taxas moderadoras[33].

Importa assim sublinhar que o reconhecimento das isenções previstas na Lei pressupõe sempre a sua comprovação pelos utentes. Quer o Decreto-Lei n.º 113/2011, quer a Portaria n.º 311-D/2011, de 27 de dezembro, regulam o reconhecimento e comprovativo de isenção por condição de insuficiência económica, aqui incluída a isenção por desemprego involuntário introduzida pelo Decreto-Lei n.º 128/2012, de 21 de junho. Relativamente às demais isenções, foi a ACSS quem

[33] Cfr. alínea a) do n.º 2 do artigo 3.º da Lei n.º 108/2017, de 23 de novembro.

estabeleceu os meios comprovativos a apresentar pelos utentes, mediante a emissão de Circulares Normativas e Informativas dirigidas às ARS[34], e aos hospitais e ULS[35].

[34] As Administrações Regionais de Saúde (ARS) foram extintas por fusão pelo Decreto-Lei n.º 54/2024, de 6 de setembro, com a consequente transferência das atribuições e competências remanescentes para outros serviços ou organismos, tendo este diploma entrado em vigor a 1 de outubro de 2024.
Nos termos do artigo 2.º deste diploma:
"1 - Sucedem nas atribuições e competências das ARS, I. P.:
a) A DGS, no domínio da saúde pública e da coordenação regional dos programas de saúde;
b) O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I. P.), no que respeita aos laboratórios regionais de saúde pública, da ARS Algarve, I. P., da ARS Alentejo, I. P., da ARS Centro, I. P., e da ARS Norte, I. P., integrados nos respetivos departamentos de saúde pública;
c) À DE-SNS, I. P., nos seguintes domínios:
i) Cuidados continuados integrados e cuidados paliativos;
ii) Planeamento regional de recursos humanos;
iii) Apoio técnico às instituições prestadoras de cuidados de saúde;
iv) Acompanhar o desenvolvimento dos investimentos em instalações e equipamentos e participar na definição da Carta de Equipamentos de Saúde que decorre das necessidades da rede do SNS;
v) A DE-SNS será responsável pelo apoio à implementação e desenvolvimento das USF, tendo por missão apoiar as equipas e as Unidade Local de Saúde (ULS) na criação e acompanhamento das USF a nível nacional;
vi) Acompanhamento da gestão dos cuidados de saúde primários com a designação da Equipa Nacional de Apoio (ENA) e das Equipas Regionais de Apoio (ERAs);
d) A ACSS, I. P., nos seguintes domínios:
i) Planeamento de recursos financeiros;
ii) Formação pré-carreira;
iii) Coordenação dos concursos da carreira médica;
iv) Contratação de prestação de cuidados de saúde de âmbito nacional e regional, sem prejuízo da competência das Unidades Locais de Saúde para a celebração de contratos de prestação de cuidados na sua área geográfica;
v) Execução e acompanhamento de projetos de investimento das instituições prestadoras de cuidados de saúde;
vi) Instalações e equipamentos.
2 - As atribuições e competências das ARS, I. P., relativas ao Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), transitam para a ULS respetiva, no quadro do investimento nos cuidados de saúde primários, com exceção de procedimentos de aquisições agregadas de bens e serviços que passam para a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E. (SPMS, E. P. E.), e, nos restantes investimentos, para a ACSS, I. P.
3 - As demais atribuições e competências das ARS, I. P., previstas noutros diplomas legais, são transferidas para a ACSS, I. P., sem prejuízo do disposto no artigo 27.º."
Por seu turno, o n.º 1 do artigo 27.º do Decreto-Lei n.º 54/2024, dispõe o seguinte:
"*As referências feitas às ARS, I. P., em lei, regulamento ou contrato, consideram-se feitas:*
a) À DGS, quando sejam relativas a atribuições transferidas nos termos do disposto na alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º;
b) Ao INSA, I. P., quando sejam relativas a atribuições transferidas nos termos do disposto na alínea b) do n.º 1 do artigo 2.º;
c) À DE-SNS, I. P., quando sejam relativas a atribuições transferidas nos termos do disposto na alínea c) do n.º 1 e no n.º 3 do artigo 2.º;
d) À ACSS, I. P., quando sejam relativas a atribuições transferidas nos termos do disposto na alínea d) do n.º 1 e no n.º 2 do artigo 2.º;
e) Às ULS respetivas, quando sejam relativas a atribuições transferidas nos termos do disposto no n.º 2 do artigo 2.º."

[35] As Circulares podem ser consultadas no sítio eletrónico da ACSS em http://www.acss.min-saude.pt. Em relação às várias situações de isenção, e para saber quais os procedimentos administrativos a obedecer, os comprovativos a apresentar e os prazos a respeitar, o utente deverá conhecer o conteúdo não só dos referidos diplomas legais, mas igualmente das Circulares Normativas e Informativas emitidas pela ACSS, sendo certo

Por seu turno, a dispensa de cobrança de taxas moderadoras passou a estar prevista no n.º 2 da Base 24 da LBS (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro), aí se referindo que, com o objetivo de promover a correta orientação dos utentes, deve ser dispensada a cobrança de taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários e, se a origem da referenciação for o SNS, nas demais prestações de saúde, nos termos a definir por lei.

Nos termos do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, é dispensada a cobrança de taxas moderadoras no atendimento em serviço de urgência nas situações em que há referenciação prévia pelo SNS ou nas situações das quais resulta a admissão a internamento através da urgência.

As taxas moderadoras são cobradas no momento da realização das prestações de saúde, salvo em situações de impossibilidade do utente, resultante do seu estado de saúde, ou da falta de meios próprios de pagamento, bem como de regras específicas de organização interna da entidade responsável pela cobrança. Não sendo cobradas no momento da realização do ato, o utente é interpelado para efetuar o pagamento no prazo de 10 dias subsequentes a contar da data da notificação (cfr. artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 113/2011).[36]

Quando exista um terceiro responsável, legal ou contratualmente, pela prestação de cuidados de saúde - por exemplo, nos casos em que a prestação de cuidados de saúde a um utente, num determinado serviço de urgência, se deveu a agressões sofridas pelo mesmo ou a um acidente de trabalho ou desportivo - não haverá lugar ao pagamento de taxas moderadoras por parte dos utentes assistidos. Nesses casos, caberá aos estabelecimentos e serviços do SNS, "[…] *verificar sobre quem impende a responsabilidade financeira, designadamente se ao SNS ou ao terceiro pagador*", conforme resulta da Circular Informativa n.º 10/2020/ACSS de 18 de setembro. O terceiro responsável é "[…] *alguém exterior à relação estabelecida entre o prestador de cuidados de saúde e o assistido, dependendo a imputação da responsabilidade apenas da existência de uma forma legal ou contrato*. *Se a responsabilidade financeira pertencer ao SNS, aos utentes será exigível o pagamento das taxas moderadoras* […]", no caso de não beneficiarem de isenção ou dispensa, nos termos da lei.

---

que a consulta da eventual isenção deverá ocorrer mediante o acesso eletrónico do utente ao Registo Nacional de Utentes (RNU). A este respeito, a ERS disponibiliza ainda um conjunto de perguntas frequentes no seu *website*, em https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/taxas-moderadoras-do-sns/.

[36] Quanto ao prazo de prescrição aplicável à cobrança de taxas moderadoras pelos serviços e estabelecimentos integrados no SNS, conforme Circular Informativa n.º 1/2020/ACSS, de 3 de março de 2020, e uma vez que estamos perante uma taxa, ele é de "[…] *oito anos contados a partir da data em que ocorreu a realização das prestações de saúde associadas, sendo que, o direito de liquidar caduca caso não ocorra uma notificação válida ao utente, no prazo de quatro anos, aplicando-se para o efeito, o exposto nos artigos 45.º, 46.º, 48.º e 49.º da Lei Geral Tributária, na sua atual redação*".

Por fim, importa referir as competências atribuídas à ERS no que respeita às taxas moderadoras[37]. De acordo com o disposto nas alíneas b) e c) do n.º 2 do artigo 5.º dos seus Estatutos, "*As atribuições da ERS compreendem a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita:* […] *b) À garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como à proteção dos demais direitos dos utentes; c) À legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes*."

Estas atribuições encontram-se expressamente incluídas no elenco dos objetivos regulatórios da ERS. Com efeito, as alíneas b), c) e e) do artigo 10.º dos seus Estatutos fixam como objetivos gerais da atividade reguladora da ERS: "*Assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei*", "*Garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes*" e "*Zelar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema*".

Na execução dos preditos objetivos, e ao abrigo do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 12.º dos Estatutos da ERS, compete a esta Entidade assegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do SNS e, consequentemente, prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes que sejam eventualmente detetadas nesses mesmos serviços e estabelecimentos.

Já de acordo com a alínea e) do artigo 15.º dos seus Estatutos, incumbe à ERS pronunciar-se sobre o montante das taxas e preços de cuidados de saúde administrativamente fixados e zelar pelo seu cumprimento.

A ERS pode assegurar tais incumbências mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, zelando pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições, e emitindo ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes (cfr. alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS).

[37] A este propósito, cfr. Alerta da ERS, de 30 de setembro de 2018: Informação sobre Taxas Moderadoras.

2. Direito de acesso a cuidados de saúde

Nos termos da Base 2 da LBS, todas as pessoas têm direito à proteção da saúde, com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade, e a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde.

Cada pessoa tem o direito de escolher, livremente, o estabelecimento onde pretende receber cuidados de saúde; não obstante, o acesso a cuidados de saúde está sujeito ao cumprimento de um conjunto de regras distintas, consoante a entidade responsável, legal ou contratualmente, pelo financiamento ou pelo pagamento dos encargos resultantes dos cuidados, consoante a natureza jurídica ou a tipologia do estabelecimento ou tendo em conta a especificidade dos cuidados de saúde em causa.

2.1 – Regras de acesso a cuidados de saúde no SNS

Considerando o direito fundamental à proteção da saúde, consagrado no artigo 64.º da CRP, incumbe prioritariamente ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação. Ainda nos termos do referido artigo 64.º e do n.º 4 da Base 1 e Base 6 da LBS, o Estado promove e garante o direito à proteção da saúde através do SNS, universal e geral e tendencialmente gratuito, dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais.

Para concretizar estes princípios estruturais, o acesso ao SNS está sujeito ao cumprimento de um conjunto de regras que visam, essencialmente, garantir o acesso de todas as pessoas aos cuidados de saúde de que necessitem (princípios da universalidade e generalidade), bem como, assegurar o respeito pelo direito de acesso aos cuidados de saúde adequados à sua situação, nos termos da alínea b) do n.º 1 da Base 2 da LBS[38].

2.1.1 - Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS

[38] No que respeita a regras específicas de acesso a determinados cuidados de saúde, cfr. o capítulo 2.8.

Os estabelecimentos integrados no SNS devem prestar cuidados de saúde a todos os seus beneficiários que deles necessitem, respeitando, assim, o seu direito de acesso aos cuidados de saúde. Mas para conformar o direito constitucional à proteção da saúde, não bastará ao Estado promover o acesso a cuidados de saúde – é necessário que este seja garantido em tempo útil, por forma a que os cuidados de saúde possam cumprir o seu propósito, com qualidade e em segurança[39].

Verifica-se, deste modo, uma relação estreita entre o direito fundamental à proteção da saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana, exigindo-se que aquela proteção seja concretizada de forma digna, o que significa que os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, os seus profissionais e, bem assim, os equipamentos por aqueles utilizados, deverão revelar-se idóneos para proporcionar ao utente, porque colocado numa situação de particular fragilidade e vulnerabilidade, o conforto e o bem-estar exigíveis.

Por outro lado, uma outra dimensão da dignificação dos cuidados de saúde prestados ao utente decorre, igualmente, da prontidão com que lhe são prestados. Com esse objetivo, o artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, afirma que o utente dos serviços de saúde tem direito a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita, cuidados esses que devem ser os mais adequados e tecnicamente mais corretos, e prestados com respeito pela dignidade do utente. Se assim não fosse, a garantia do direito de acesso aos cuidados de saúde seria meramente formal, comprometendo o objetivo constitucional do direito à proteção da saúde.

Intrinsecamente relacionada com o direito ora em análise está a "Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS" (CDA), consagrada no Capítulo V (artigo 25.º a 30.º) da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que visa justamente "*garantir a prestação dos cuidados de saúde pelo SNS e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente do SNS*" (n.º 1 do artigo 25.º).

Nesse contexto, a CDA define:

[39] Cfr. o estudo realizado pela ERS sobre "*Recuperação da atividade assistencial cancelada nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde durante a pandemia de COVID-19*", de 2023, disponível para consulta em https://www.ers.pt/media/mwcfehuc/estudo-recupera%C3%A7%C3%A3o-da-atividade-est_002_2023.pdf.

a) Os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)[40], ou seja, os períodos máximos para que sejam prestados os cuidados de saúde de que o utente necessita, garantindo assim a qualidade utilidade, eficiência e eficácia dos mesmos;

b) O direito do utente à informação sobre esses tempos.

Nos termos do n.º 3 do artigo 25.º da Lei n.º 15/2014, a CDA é publicada anualmente em anexo à portaria que fixa os tempos máximos garantidos. Ora, a Lei n.º 15/2014 foi alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril, diploma este que, entre outros aspetos, criou o Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA SNS) e voltou a definir os termos a que deve obedecer a CDA. Na sequência destas alterações, foi publicada a Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, com os objetivos de melhorar efetivamente o acesso ao SNS e de criar condições para uma gestão ativa, integrada e atempada do percurso dos utentes na procura de cuidados de saúde, redefinindo os TMRG para todo o tipo de prestações de saúde sem caráter de urgência (cfr. anexo I da Portaria), e aprovando e publicando ainda, no seu Anexo III, a nova CDA, que contempla regras similares às que já constavam da Lei n.º 15/2014. De acordo com o referido Anexo III:

"*I - Direitos dos utentes no acesso aos cuidados de saúde - o utente do SNS tem direito:*

1) À prestação de cuidados em tempo considerado clinicamente aceitável para a sua condição de saúde;

2) A escolher o prestador de cuidados de saúde, de entre as opções e as regras disponíveis no SNS;

3) A participar na construção e execução do seu plano de cuidados;

4) Ao registo em sistema de informação do seu pedido de consulta, exame médico ou tratamento e a posterior agendamento da prestação de cuidados de acordo com a prioridade da sua situação;

5) Ao cumprimento dos TMRG definidos por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde para a prestação de cuidados de saúde;

6) A reclamar para a Entidade Reguladora da Saúde caso os TMRG não sejam cumpridos.

[40] A ERS publicou, no seu *website*, perguntas frequentes sobre Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), que podem ser consultadas em https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/tempos-maximos-de-resposta-garantidos-tmrg/.

II - Direitos dos utentes à informação - o utente do SNS tem direito a:

1) Ser informado em cada momento sobre a sua posição relativa na lista de inscritos para os cuidados de saúde que aguarda;

2) Ser informado, através da afixação em locais de fácil acesso e consulta, pela Internet ou outros meios, sobre os tempos máximos de resposta garantidos a nível nacional e sobre os tempos de resposta garantidos de cada instituição prestadora de cuidados de saúde;

3) Ser informado pela instituição prestadora de cuidados de saúde quando esta não tenha capacidade para dar resposta dentro do TMRG aplicável à sua situação clínica e de que lhe é assegurado serviço alternativo de qualidade comparável e no prazo adequado, através da referenciação para outra entidade do SNS ou para uma entidade do setor convencionado;

4) Conhecer o relatório circunstanciado sobre o acesso aos cuidados de saúde, que todos os estabelecimentos do SNS estão obrigados a publicar e divulgar até 31 de março de cada ano.".

Decorre assim destes dois diplomas – Lei n.º 15/2014 e Portaria n.º 153/2017 - que cada estabelecimento do SNS, bem como os estabelecimentos contratados ao abrigo de acordos e convenções para prestação do mesmo tipo de cuidados, para garantirem o direito do utente à informação, são obrigados a:

a) Afixar em locais de fácil acesso e consulta pelo utente, bem como nos sítios na Internet das instituições e no Portal do SNS, a informação atualizada relativa aos TMRG por patologia ou grupos de patologias, para os diversos tipos de prestações;

b) Informar o utente no ato de marcação, mediante registo ou impresso próprio, sobre o TMRG para prestação dos cuidados de que necessita;

c) Informar o utente, sempre que for necessário acionar o mecanismo de referenciação entre os estabelecimentos do SNS, sobre o TMRG para lhe serem prestados os respetivos cuidados no estabelecimento de referência;

d) Informar o utente, sempre que a capacidade de resposta dos estabelecimentos do SNS não seja adequada ou estiver esgotada e for necessário proceder à referenciação para outros estabelecimentos do SNS ou para outras entidades com acordos ou convenções para prestação do mesmo tipo de cuidados;

e) Publicar e divulgar, até 31 de março de cada ano, um relatório circunstanciado sobre o acesso aos cuidados de saúde que prestam, os quais serão auditados, aleatória e anualmente, pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde.

Conforme acima se expôs, no seguimento da aprovação do Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril, e da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, que regulamentou o SIGA, a Portaria n.º 153/2017 veio redefinir os TMRG, de modo a melhorar o acesso atempado aos cuidados de saúde e alargar a sua aplicação às prestações de cuidados de saúde programados[41]. No Anexo I da referida Portaria n.º 153/2017, são definidos os TMRG para vários níveis de acesso e cuidados diferentes:

1) Cuidados de saúde primários;

2) Primeira consulta de especialidade hospitalar;

3) Avaliação para realização de planos de cuidados de saúde programados[42];

4) Realização de MCDT;

5) Realização de procedimentos hospitalares cirúrgicos programados;

6) Entidades com acordos e contratos de convenção;

7) Entidades com contratos no âmbito da RNCCI.

No artigo 29.º da Lei n.º 15/2014, o legislador também consagrou expressamente o regime sancionatório aplicável por infração ao disposto no seu capítulo V, relativo à CDA: "*o regime sancionatório por infração ao disposto neste capítulo consta do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 maio*", sendo que, considerando o disposto no n.º 2 do artigo 6.º dos Estatutos da ERS, as remissões

[41] Esta Portaria entrou em vigor no dia 1 de junho de 2017, conforme disposto no artigo 5.º e, embora nada seja referido a este propósito, presume-se que revoga, tacitamente, a Portaria n.º 87/2015, de 23 de março. Ainda a este propósito, importa referir que a Portaria n.º 95/2013, de 4 de março, aprovou o Regulamento do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas instituições do Serviço Nacional de Saúde, designado por "Consulta a Tempo e Horas" (CTH), que tem por objetivo harmonizar os procedimentos inerentes à implementação e gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, estabelecendo um conjunto de regras que vinculam as instituições do SNS e os profissionais de saúde intervenientes no processo, articulando-os de forma criteriosa e transparente. Sucede, porém, que o artigo 27.º da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, estatui que é revogada aquela Portaria n.º 95/2013. Todavia, esta Portaria 147/2017 prevê um conjunto de regulamentação subsequente a aprovar (artigo 26.º), esclarecendo o n.º 2 do artigo 26.º que, até à entrada em vigor dessa regulamentação, é aplicável, em tudo o que não colida com o disposto na Portaria, a regulamentação em vigor na data da sua publicação. Significa isto, portanto, que se deve entender, sob pena da existência de um vazio legal, que, até à aprovação desse novo regulamento específico, se encontra plenamente em vigor a Portaria n.º 95/2013, de 4 de março, em tudo o que não colida com a Portaria n.º 147/2017.

[42] A Portaria n.º 153/2017 introduziu um novo TMRG respeitante à avaliação para realização de planos de cuidados de saúde programados, ou seja, para situações em que não está em causa nem uma primeira consulta hospitalar, nem uma cirurgia *tout court*, mas sim a apreciação da situação clínica do utente e a definição dos procedimentos clínicos a adotar futuramente.

previstas para esse diploma legal consideram-se, desde entrada em vigor deste último, "[…] *efetuadas para o regime constante dos estatutos da ERS* […]".

Assim, nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, "*Constitui contraordenação, punível com coima de € 750 a € 3740,98 ou de € 1000 a € 44 891,81, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva: a) A violação dos deveres que constam da «Carta dos direitos de acesso» a que se refere a alínea b) do artigo 13.º, bem como nos n.os 1 e 2 do artigo 30.º*".

2.1.2 - SIGA SNS - Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes dos serviços de saúde

A Lei n.º 15/2014 foi alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril, diploma este que, entre outros aspetos, criou o SIGA SNS com os objetivos de acompanhamento, controlo e gestão integrados do acesso ao SNS, bem como de possibilitar uma visão global e transparente do percurso do utente na procura da prestação de cuidados de saúde.

O SIGA SNS consiste num sistema de monitorização de informação integrada, destinado a (i) permitir um conhecimento transversal e global sobre o acesso à rede de prestação de cuidados de saúde no SNS, e (ii) contribuir para assegurar a continuidade dos cuidados e uma resposta equitativa e atempada aos utentes.

De acordo com a Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, são objetivos do SIGA SNS, entre outros:

a) Obter um conhecimento global sobre o acesso dos utentes aos cuidados de saúde;

b) Implementar uma cultura de transparência, de controlo e monitorização do acesso aos cuidados de saúde no SNS;

c) Disponibilizar informação sobre a atividade assistencial das instituições do SNS;

d) Melhorar os tempos de resposta aos utentes, mediante o cumprimento integral dos TMRG e a adequada gestão das listas de inscritos para a prestação de cuidados de saúde;

e) Assegurar a continuidade de cuidados de saúde e a gestão dos percursos dos utentes, com participação ativa e responsável por parte destes, das suas famílias e dos seus cuidadores, formais ou informais[43];

f) Garantir o cumprimento das normas e das regras que asseguram equidade na resposta às necessidades em saúde dos utentes, considerando a prioridade clínica de cada um;

g) Fomentar o Livre Acesso e Circulação (LAC) do utente no contexto do SNS, através da diversificação das alternativas e do aumento da capacidade de intervenção proativa e responsável dos cidadãos na gestão do seu estado de saúde e bem-estar;

h) Promover a gestão partilhada de recursos no contexto do SNS, tendo em vista maximizar a utilização da capacidade instalada no SNS, fomentar a competitividade e rentabilizar os equipamentos e os recursos humanos existentes nos serviços públicos, circunscrevendo a subcontratação a entidades externas aos casos em que a capacidade instalada estiver efetivamente esgotada, com respeito pelos princípios da transparência, igualdade e concorrência;

i) Incentivar a prestação de cuidados de saúde em equipa multidisciplinar e multiprofissional, promovendo a efetiva articulação e coordenação clínica para uma resposta centrada no utente.

Os princípios gerais do SIGA SNS estão previstos no artigo 5.º da Portaria n.º 147/2017:

a) Garantia da prestação de cuidados de saúde em tempo admissível e de acordo com o princípio da equidade no acesso e do respeito pela prioridade clínica em que o utente é classificado;

b) Compromisso, por parte das instituições do SNS onde o utente se encontra inscrito, de que a prestação de cuidados é realizada com observância das normas e regras em vigor, dentro dos tempos de resposta que estão definidos;

c) Financiamento da atividade em função do cumprimento do compromisso assumido nos termos da alínea anterior;

d) Envolvimento do utente;

e) Harmonização de regras e de práticas;

[43] A ERS disponibiliza, no seu *website*, perguntas frequentes sobre o estatuto de cuidador informal, para efeitos de acesso a benefícios associados à prestação de cuidados de saúde, disponíveis para consulta em https://ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/estatuto-de-cuidador-informal/.

f) Garantia da qualidade e da eficiência dos cuidados de saúde prestados;

g) Controlo e transparência, transpondo, em tempo real, para um sistema de informação centralizado a nível nacional, a informação relevante sobre o acesso aos cuidados de saúde e disponibilizando-a ao utente e à sociedade em geral.

No n.º 1 do artigo 13.º da Portaria n.º 147/2017, encontram-se reconhecidos os seguintes direitos dos utentes:

a) Escolher, de entre as instituições do SNS, aquela em que pretende que lhe sejam efetuadas as respetivas prestações de cuidados de saúde;

b) Ser informado sobre os tempos expectáveis de resposta em cada instituição, para os diversos serviços, de acordo com as prioridades estabelecidas;

c) Conhecer a sua situação específica, nomeadamente ao tempo previsível de resposta para a prestação dos cuidados de saúde de que necessita;

d) Aceder ao conteúdo dos registos sobre a gestão do seu processo no SNS;

e) Participar na construção e execução do seu plano de cuidados;

f) Ser formalmente notificado da referenciação para uma instituição, da requisição de um MCDT, da inscrição para uma prestação de cuidados de saúde ou do eventual cancelamento;

g) Recusar transferências ou datas de agendamento, por motivo atendível, nos casos expressamente previstos nos regulamentos específicos das várias áreas que compõem o SIGA SNS;

h) Reclamar, junto das entidades competentes e pelos meios adequados, sempre que entenda existir violação dos seus direitos.

Para além do reconhecimento de direitos aos utentes, o n.º 2 do artigo 13.º apresenta um elenco dos deveres a que os mesmos estão sujeitos, a saber:

a) Agir com urbanidade nos contactos com os profissionais de saúde;

b) Formalizar por escrito e em suporte adequado as suas opções, sempre que tal lhe seja solicitado pelo prestador;

c) Manter atualizados os dados pessoais relevantes no contexto da gestão do episódio, nomeadamente os dados previstos no âmbito do Registo Nacional de Utentes (RNU) e a morada e contacto na Plataforma de Dados da Saúde - Área do Cidadão do Portal do SNS;

d) Comparecer na data e hora marcada aos eventos que lhe forem agendados;

e) Informar as instituições, com a antecedência prevista nos regulamentos específicos das várias componentes da SIGA SNS, sobre quaisquer factos impeditivos da comparência aos eventos que lhes foram agendados.

Para concretização de todos estes princípios e objetivos, o SIGA SNS apresenta as seguintes componentes:

- SIGA CSP - Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes dos serviços de saúde do SNS para a rede de cuidados primários;

- SIGA 1.ª Consulta Hospitalar - Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes dos serviços de saúde do SNS para a primeira consulta hospitalar;

- SIGA CSH - Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes dos serviços de saúde do SNS para a rede de cuidados hospitalares;

- SIGA MCDT - Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes dos serviços de saúde do SNS para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica;

- SIGA RNCCI – Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes dos serviços de saúde do SNS para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;

- SIGA Urgência - Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes dos serviços de saúde do SNS para a Rede de Urgência.

De acordo com a al. p) do artigo 5.º da Portaria n.º 306-A/2023, de 12 de outubro, que aprovou os Estatutos da Direção Executiva do SNS, compete ao seu Departamento de Contratualização "*Gerir os sistemas de gestão do acesso dos utentes ao SNS, designadamente o Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA), regulado através da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, e coordenar as unidades regionais de gestão de acesso (URGA)*."

SIGA CSP: Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes dos serviços de saúde do SNS para a rede de cuidados primários

Nos termos do SIGA CSP, o acesso à rede de cuidados primários é feito mediante inscrição numa unidade funcional de um ACES à escolha do utente, privilegiando-se a inscrição por área de

residência e por famílias. A informação sobre a disponibilidade para inscrição na USF ou UCSP e por profissional médico deve ser atualizada e divulgada no Portal do SNS.

O SIGA CSP efetua a gestão do acesso aos cuidados de saúde primários, podendo as referenciações ser efetuadas nos seguintes termos:

i) Autorreferenciação efetuada pelos próprios utentes, familiares ou cuidadores formais ou informais;

ii) Referenciação clínica efetuada entre unidades funcionais dos ACES;

iii) Referenciação clínica efetuada pelos serviços hospitalares;

iv) Referenciação a partir do Centro de Contacto do SNS;

v) Referenciação a partir das unidades e equipas da RNCCI.

SIGA 1ª Consulta Hospitalar - Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes dos serviços de saúde do SNS para a primeira consulta hospitalar

O SIGA 1.ª Consulta Hospitalar está sujeito às seguintes regras específicas de funcionamento:

a) A referenciação para primeira consulta de especialidade hospitalar pode ser efetuada para qualquer instituição do SNS onde exista a especialidade em causa, nos termos definidos para os mecanismos de livre acesso e circulação (LAC), de acordo com o interesse do utente, com critérios de proximidade geográfica e considerando os tempos médios de resposta no SNS;

b) As referenciações para primeira consulta hospitalar são efetuadas nos seguintes termos:

i) Referenciação clínica efetuada a partir das unidades funcionais dos ACES. Tal como já resultava do teor do Despacho n.º 5911-B/2016, de 2 de maio, do Secretário de Estado da Saúde, a referenciação para a primeira consulta de especialidade hospitalar é efetuada pelo médico de família, em articulação com o utente e com base no acesso à informação sobre tempos de resposta de cada estabelecimento hospitalar, para qualquer das unidades hospitalares do SNS onde exista a especialidade em causa;

ii) Referenciação clínica efetuada por outros serviços hospitalares, da mesma instituição (intra-hospitalar), ou de instituições hospitalares distintas do SNS (inter-hospitalar);

iii) Referenciação a partir do Centro de Contacto do SNS;

iv) Referenciação a partir das unidades e equipas da RNCCI;

v) Referenciação a partir de entidade externa ao SNS.

c) Sempre que possível, é considerada a realização de teleconsultas[44], as quais constituem uma opção adicional visando a diminuição dos tempos de espera;

d) A definição dos tempos de resposta para realização da primeira consulta de especialidade hospitalar considera todo o processo de identificação das necessidades da consulta, desde a referenciação até à realização da mesma.

SIGA CSH - Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes dos serviços de saúde do SNS para a rede de cuidados hospitalares

No SIGA CSH, que visa regular a referenciação, o acesso e a realização dos planos de cuidados de saúde programados que são propostos aos utentes do SNS, encontram-se estabelecidas as seguintes regras específicas:

a) Os cuidados de saúde hospitalares, as necessidades expressas e a capacidade de resposta das instituições do SNS são identificados de modo a garantir o cumprimento dos TMRG;

b) Os cuidados de saúde hospitalares são assegurados no cumprimento integral dos TMRG para cada nível de prioridade;

c) A definição dos tempos de resposta para realização de cuidados de saúde hospitalares considera todo o processo de identificação das necessidades clínicas, desde a referenciação até à realização da atividade;

d) Devem ser garantidos elevados níveis de rentabilidade dos recursos existentes no SNS e de produtividade dos profissionais e serviços envolvidos na realização da atividade hospitalar;

[44] Cfr. capítulo 2.9. sobre "*Outras formas de acesso a prestação de cuidados de saúde: as teleconsultas*."

e) As instituições e os utentes devem ser responsabilizados pela definição dos percursos dos utentes no SNS, assim como pelos planos de cuidados de saúde estabelecidos, nas vertentes em que são requeridos cuidados de saúde hospitalares;

f) Devem ser asseguradas a transparência dos procedimentos, bem como a produção de dados e de informação harmonizada e integrada referente à referenciação para cuidados de saúde hospitalares, desde a identificação da necessidade até à realização da atividade aos utentes.

Ainda neste âmbito, deve ser dada especial atenção ao modelo de funcionamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), agora integrado no SIGA CSH. De acordo com a alínea c) do n.º 1 do artigo 4.º da Portaria n.º 147/2017, o SIGA CSH regula a referenciação e o acesso aos cuidados hospitalares, incluindo o SIGIC. O n.º 2 do artigo 9.º estatui que o SIGA CSH é composto por duas vertentes: i) Procedimentos Hospitalares Cirúrgicos, que engloba o SIGIC; e ii) Procedimentos Hospitalares Não Cirúrgicos.

A respeito da primeira vertente, o n.º 3 do artigo 9.º prevê que os utentes a aguardar cuidados de saúde hospitalares programados são inscritos na Lista de Inscritos para Cuidados de Saúde Hospitalares (LICSH) de uma instituição do SNS, mais acrescentando o n.º 4 do mesmo artigo que o âmbito de aplicação da componente SIGA Procedimentos Hospitalares Cirúrgicos inclui as entidades do setor social e do setor privado com os quais o SNS haja contratado a prestação destes cuidados de saúde aos seus utentes.

Conforme descrito na Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro, que aprovou o Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)[45], este é um sistema de regulação da atividade relativa "[…] *a utentes propostos para cirurgia e a utentes operados, assente em princípios de equidade no acesso ao tratamento cirúrgico, transparência dos processos de gestão*

[45] O artigo 27.º da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril estatui que é revogada a Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro, que criou e regula o SIGIC, e a Portaria 179/2014, de 11 de setembro, que alterou a primeira. Todavia, a Portaria n.º 147/2017 prevê um conjunto de regulamentação subsequente a aprovar (artigo 26.º), esclarecendo o n.º 2 do artigo 26.º que, até à entrada em vigor dessa regulamentação, é aplicável, em tudo o que não colida com o disposto na Portaria, a regulamentação em vigor na data da sua publicação. Por sua vez, o n.º 5 do artigo 9.º estipula que os regulamentos específicos do SIGA CSH são aprovados por Despacho do membro do Governo responsável pela área da Saúde, quer para a vertente SIGA Procedimentos Hospitalares Não Cirúrgicos (alínea b) do n.º 5 do artigo 9.º), quer para a vertente SIGA Procedimentos Hospitalares Cirúrgicos (alínea a) do n.º 5 do artigo 9.º), a qual, como já referido, passou a incluir o SIGIC.
Ora, a alínea a) do n.º 1 do artigo 26.º ("Regulamentação") clarifica, então, que o regulamento específico para a vertente SIGA Procedimentos Hospitalares Cirúrgicos será aprovada nos 90 dias seguintes contados da publicação da Portaria, ou seja, contados a partir de 27 de abril de 2017. Significa isto, portanto, que se deve entender, sob pena da existência de um vazio legal no que respeita à regulamentação do SIGIC, que, até à aprovação desse novo regulamento específico, se encontra plenamente em vigor a Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro (com as alterações introduzidas pela Portaria n.º 179/2014, de 11 de setembro), em tudo o que não colida com a Portaria n.º 147/2017.

e responsabilização dos utentes e dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e dos estabelecimentos de saúde que contratam e convencionam com aquele a prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários.".

São elegíveis para efeitos de inscrição na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) todos os utentes dos hospitais do SNS, bem como, os utentes beneficiários do SNS referenciados para estabelecimentos de saúde dos setores privado, social e cooperativo, ao abrigo dos contratos e convenções celebrados.

Toda a programação cirúrgica é registada no Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC) e deve obedecer aos critérios:

(i) de prioridade clínica, estabelecida pelo médico especialista em função da doença e problemas associados, patologia de base, gravidade, impacto na esperança de vida, na autonomia e na qualidade de vida do utente, velocidade de progressão da doença e tempo de exposição à doença;

(ii) de antiguidade na LIC, sendo, em caso de igual prioridade clínica, selecionado em primeiro lugar o utente que se encontra inscrito na lista há mais tempo – cfr. n.º 73. do Regulamento do SIGIC.

A inscrição dos utentes em LIC é precedida de consulta de especialidade e consequente elaboração de um plano de cuidados, ou seja, de elaboração de uma proposta de abordagem de um ou mais problemas de saúde do utente, onde se inscrevem e caracterizam os eventos necessários à sua resolução, ordenados de forma cronológica, não havendo limitação ao registo na proposta quanto ao número de diagnósticos descritos ou procedimentos a realizar[46].

O Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia (MGIC) prevê, de forma taxativa, as causas de exclusão de inscrição de atos a realizar como sendo os atos praticados fora do bloco operatório, por não cirurgiões, ou pequenas cirurgias que não necessitem de utilização do bloco, elencando igualmente os elementos de menção obrigatória no preenchimento da proposta de cirurgia, nos quais consta, entre outros, a caraterização dos problemas a abordar, incluindo patologias associadas, em termos de descrição, codificação e respetiva lateralidade, e episódio antecedente, se aplicável[47].

Igualmente prévia à inscrição do utente em LIC, uma vez concluído o preenchimento da proposta de cirurgia, é a recolha do seu consentimento informado, garantindo que o mesmo atesta a

[46] Cfr. § 3.2.1.1. e 3.2.1.2.1 do Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia (MGIC).
[47] Cfr. § 3.2.1.2.1 do MGIC.

concordância com a proposta e respetiva inscrição em LIC. Todos os atos relacionados com a inscrição do utente em LIC, desde a efetivação da primeira consulta em serviço hospitalar relacionada com a proposta cirúrgica até à realização da intervenção cirúrgica e respetiva alta, são registados no SIGLIC, de acordo com as regras previstas no MGIC, devendo qualquer registo na LIC respeitar os procedimentos ali considerados, mormente os constantes dos n.os 58 a 75. Após a emissão de certificado de inscrição, dá-se lugar à ativação da inscrição do utente na LIC do serviço/unidade funcional da instituição hospitalar[48].

Ao utente é reconhecido, nomeadamente, o direito de obter um certificado comprovativo da sua inscrição e informação sobre os dados que lhe respeitem registados na LIC, junto da Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UHGIC) do seu hospital, a todo o tempo e a seu pedido, nomeadamente o nível de prioridade que lhe foi atribuído e o seu posicionamento relativo na prioridade atribuída[49].

A UHGIC é o principal elo de ligação do utente com o hospital, competindo-lhe prestar informação aos utentes ou seus representantes, sobre todo o processo[50].

Compete ainda aos responsáveis pelas unidades ou serviços dos hospitais envolvidos nos procedimentos cirúrgicos zelar pela atualização permanente da lista de procedimentos cirúrgicos suscetíveis de aí serem realizados, garantindo que a cada um está corretamente associado o código do sistema de codificação em vigor e, ainda, garantir a seleção dos utentes inscritos em LIC para efeito de programação cirúrgica, de acordo com os critérios de antiguidade e prioridade estabelecidos no MGIC e no Regulamento SIGIC[51].

Sempre que a instituição hospitalar de origem não consiga garantir o agendamento da cirurgia ou a sua realização no TMRG que lhe for aplicável, o serviço tenha perdido a capacidade técnica para realizar a cirurgia ou apresente piores tempos de acesso do que outro que se lhe equipare, e a conveniência do utente o justifique, estão criadas as condições para se dar início à etapa de transferência, sendo certo que, seja qual for o tipo de transferência, esta só pode ocorrer com o acordo expresso do utente[52].

Concretamente, e no que à transferência cirúrgica diz respeito, ela é operada pela emissão e cativação de nota de transferência e de vale cirurgia, e implica apenas a transferência da prestação dos procedimentos cirúrgicos relativos ao(s) problema(s) identificado(s) e às eventuais

[48] Cfr. § 3.2.1.2. do MGIC.
[49] Cfr. n.º 44. do Regulamento do SIGIC.
[50] Cfr. § 3.3.3. e § 3.3.5. do MGIC, que remetem para o Volume II – Área da gestão.
[51] Cfr. alíneas b) e c) do n.º 57 do Regulamento SIGIC.
[52] Cfr. § 3.2.1.4. do MGIC.

intercorrências da responsabilidade da instituição hospitalar ou complicações identificadas até sessenta dias após a alta hospitalar [53].

Quer a nota de transferência, quer o vale cirurgia, habilitam o utente a marcar a cirurgia diretamente numa das entidades de destino; a diferença reside no facto da nota de transferência permitir apenas a sua utilização no âmbito do SNS, enquanto o vale cirurgia pode ser utilizado quer nos hospitais do SNS, quer nas instituições convencionadas dos setores privado, social e cooperativo[54].

A transferência de utentes através da emissão de nota de transferência ou vale cirurgia para unidades hospitalares integradas no SNS ou unidades convencionadas é obrigatória sempre que o hospital de origem (HO), com os seus recursos, não possa garantir a realização da cirurgia dentro dos TMRG estabelecidos por prioridade clínica, por patologia ou grupo de patologias, presumindo-se a falta de garantia quando a cirurgia não for agendada até ao limite do prazo estabelecido para cada nível de prioridade, a contar da data de inscrição na LIC[55].

Decorridos os prazos para agendamento da cirurgia, tal como previstos nos n.[os] 79 e 80 da Parte V do Regulamento[56], sem que o agendamento no HO tenha ocorrido, e não existindo hospital de destino (HD) do SNS disponível, a Unidade de Gestão de Acesso (UGA) emite de imediato um vale cirurgia a favor do utente[57].

Ainda sobre esta matéria, dispõe o n.º 91 do Regulamento do SIGIC que, se o HO considerar que a transferência pode ser, clínica ou socialmente, prejudicial para o utente e este der o seu consentimento expresso, o utente deve ser classificado como intransferível, devendo os motivos que determinam essa classificação ser registados no SIGLIC, reiterando o n.º 92 que a obrigação de transferência prevista no n.º 89 do Regulamento do SIGIC cessa quando se verificar uma das seguintes circunstâncias:

a) Oponibilidade do utente à transferência;

b) Quando o hospital de origem proceda à marcação da cirurgia até ao limite de 100 % do TME garantido;

c) Classificação do utente no SIGLIC como intransferível;

[53] Cfr. § 3.2.1.4. do MGIC.
[54] Cfr. § 3.2.1.4.1.7 do MGIC.
[55] Cfr. § 3.2.1.4.1.1. do MGIC.
[56] Nos termos dos n.ºs 79 e 80 da Parte V do Regulamento do SIGIC, o agendamento das cirurgias deve ocorrer até ao limite de 50 % e 75 % do tempo de espera, se os utentes estiverem classificados com nível 2 e nível 1, respetivamente.
[57] Cfr. n.º 108 da Parte V do Regulamento do SIGIC.

d) Inexistência de oferta para a realização do procedimento proposto.

Assim, é à UGA que compete, nos termos da alínea l) do artigo 49.º da Parte IV do Regulamento do SIGIC, emitir e enviar notas de transferência e vales cirurgia ao utente, propondo-lhe a seleção de uma das unidades hospitalares disponíveis, constantes de listagem anexa[58]. A emissão de vale cirurgia pela UGA pressupõe a aplicação de um algoritmo automático que procura as instituições hospitalares do SNS com capacidade para realizar o procedimento cirúrgico, indicando em primeiro lugar as instituições do concelho de residência, seguido das instituições dos concelhos limítrofes e, por último, do distrito.

SIGA MCDT - Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes dos serviços de saúde do SNS para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica

O SIGA MCDT visa regular a requisição, a referenciação e o acesso à realização de MCDT no âmbito do SNS, contemplando as seguintes regras específicas:

a) Os MCDT são preferencialmente realizados em instituições do SNS, rentabilizando a capacidade pública instalada, podendo ser efetuados, de forma complementar, em entidades que tenham acordos, contratos ou convenções para prestação de cuidados de saúde a utentes do SNS;

b) A definição dos tempos de resposta para realização de MCDT considera todo o processo, desde a data de prescrição até à data de disponibilização dos relatórios médicos dos MCTD requisitados;

c) O período que decorre entre o momento em que o utente necessita de um MCDT e a disponibilização dos resultados do mesmo não pode exceder os tempos previstos na legislação que determina os TMRG, na componente referente à resolução do plano de cuidados que vier a ser estabelecido para cada utente;

d) Todas as requisições de MCDT efetuadas no âmbito dos planos de cuidados estabelecidos aos utentes do SNS são inscritas em Lista de Inscritos para MCDT e monitorizadas no SIGA SNS.

[58] Cfr. n.º 98 da Parte V do Regulamento.

SIGA RNCCI - Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes dos serviços de saúde do SNS para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

O SIGA RNCCI regula a referenciação e o acesso às unidades e equipas de internamento e de ambulatório da RNCCI e, nos termos do artigo 11.º da Portaria n.º 147/2017, "*obedece às regras específicas definidas pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social no âmbito da coordenação conjunta da RNCCI.*".

SIGA Urgência - Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes dos serviços de saúde do SNS para a Rede de Urgência

O SIGA Urgência regula a referenciação e o acesso aos serviços de urgência definidos na Rede do SNS e contempla as seguintes regras específicas:

a) Os utentes podem optar livremente por qualquer serviço de urgência da Rede do SNS, independentemente da sua área geográfica de residência;

b) O acesso aos serviços de urgência deve preferencialmente ser precedido de contacto com os cuidados de saúde primários, com o Centro de Contactos do SNS ou com o Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P. (INEM);

c) Os tempos de resposta dos vários serviços de urgência são atualizados e publicados em local próprio do Portal do SNS;

d) A informação sobre a atividade dos serviços de urgência da Rede do SNS é disponibilizada às instituições hospitalares e no Portal do SNS.

Ainda no que respeita ao direito de acesso a cuidados de saúde em tempo útil, foram também criadas regras para otimizar o acesso aos serviços de urgência do SNS, por forma a garantir que os utentes recebem os cuidados de que necessitam em tempo clinicamente útil.

Neste sentido, o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde tinha reconhecido como obrigatória "[…] *a implementação de sistemas de triagem de prioridades no Serviço de Urgência (SU), determinando que em todos os SU, qualquer que seja o nível, deve existir um sistema de triagem que permita distinguir graus de prioridade, de modo a*

que, se houver tempo de espera, se exerçam critérios preestabelecidos de tempo até à primeira observação.".

Por sua vez, o Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, motivado pela tentativa de melhorar a qualidade dos serviços prestados nos serviços de urgência, especialmente nas situações em que se encontravam ultrapassados os tempos de espera para atendimento naqueles serviços, prevê que "[…] *uma das formas de garantir cuidados adequados e de maior qualidade passa pela uniformização de procedimentos entre os diversos profissionais e equipas multidisciplinares que devem atuar sequencialmente ou simultaneamente consoante as situações* […] *existem situações urgentes que impõem uma identificação precoce e o encaminhamento correto em tempo útil, cuja abordagem imediata e eficaz exige protocolos de atuação e a formação do pessoal que permitam, por meios objetivos e expeditos, o apoio à decisão clínica em ambiente de urgência e a definição do papel de cada um na solução expedita de cada caso*.".

Assim, o referido Despacho n.º 1057/2015 veio reconhecer "*a importância para a boa gestão de cuidados de saúde em contexto de urgência hospitalar, comprovada internacionalmente, do Sistema de Triagem de Manchester (MTS), enquanto instrumento de apoio à decisão clínica na triagem de doentes dos serviços de urgência, e que adaptado à realidade portuguesa, já é usado com resultados positivos* […]".

O MTS permite identificar uma prioridade clínica com posterior alocação do doente à área de atendimento devida, podendo também ser desenhados e aplicados, na sequência da triagem, protocolos de atuação subsequente, tal como requisição de exames complementares de diagnóstico, com vista à redução do tempo do episódio de urgência e dotar o médico que realiza a primeira observação de mais elementos que o ajudem a decidir sobre a próxima intervenção.

De acordo com a informação prestada pelo Grupo de Triagem Português (GTP)[59], o Protocolo de Triagem de Manchester foi implementado com o objetivo de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros do serviço de urgência, com vista à criação de normas de triagem. O método de triagem fornece ao profissional de saúde não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada apenas na identificação de problemas.

Reconhecidos os temas de triagem mais comuns, foi criado um sistema de nomenclatura e de definição; e a cada uma das novas categorias identificadas foram atribuídos um número, uma cor e

[59] Sobre este assunto, ver https://www.grupoportuguestriagem.pt/.

um nome, sendo cada uma delas definida em termos de tempo-alvo aceitável até ao primeiro contacto com o médico de serviço, nos termos seguintes[60]:

NÚMERO	***NOME***	***COR***	***TEMPO-ALVO***
1	*Emergente*	*Vermelho*	*0*
2	*Muito urgente*	*Laranja*	*10*
3	*Urgente*	*Amarelo*	*60*
4	*Pouco urgente*	*Verde*	*120*
5	*Não urgente*	*Azul*	*240*

Neste contexto, a DGS emitiu a Norma n.º 002/2018, de 9 de janeiro, dela constando o seguinte:

"[…]

1. Os serviços de urgência do adulto devem ter implementada a versão mais recente do sistema de triagem de Manchester.

[…]

3. As urgências pediátricas devem utilizar a versão mais recente do sistema de Triagem de Manchester ou do Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale.

4. Os hospitais e serviços de urgência devem ter implementado:

a) Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO "Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizados";

b) Normas da Direção-Geral da Saúde sobre Via Verde do Acidente Vascular Cerebral e Via Verde da Sépsis no Adulto.

[…]

[60] "*Deverá ser atribuída a cor branca a todos os doentes que apresentam situações não compatíveis com o Serviço de Urgência, de que são exemplos os doentes admitidos para transplante, para técnicas programadas, etc. Nestes casos, deve ser registada a cor branca e a razão da sua atribuição.* […] – cfr. informação prestada pelo Grupo Português de Triagem no seu sítio eletrónico.

6. No momento da triagem devem ser implementados os seguintes algoritmos:

a) Eletrocardiografia simples de 12 derivações, nas situações de dor torácica;

b) Nas situações de monotrauma com deformidade e/ou incapacidade funcional:

i. Previamente à radiografia simples do aparelho esquelético:

(i) Avaliação da Dor, conforme Circular Normativa n.º 09/DGCG "A Dor como 5.º Sinal Vital – Registo Sistemático da Intensidade da Dor", de acordo com algoritmo clínico de encaminhamento interno;

(ii) Avaliação do estado neurovascular e avaliação da necessidade de imobilização de acordo com algoritmo clínico de encaminhamento interno.

ii. Radiografia simples do aparelho esquelético, nas situações de monotrauma com deformidade e/ou incapacidade funcional de acordo com algoritmo clínico que deve contemplar as incidências a considerar na realização da radiografia simples, previamente acordadas com a especialidade de ortopedia do respetivo hospital até serem emitidas Normas específicas pela Direção-Geral da Saúde e Ordem dos Médicos.

c) Em idade pediátrica (idade inferior a 18 anos) nos casos com situação referida na alínea b) da presente Norma devem ser avaliadas por médico pediatra ou, na sua ausência, por médico de outra especialidade antes da solicitação de meios complementares de diagnóstico na triagem.

7. O diretor clínico deve aprovar e manter atualizados os algoritmos clínicos de encaminhamento interno, sob proposta do diretor do serviço de urgência até serem emitidas Normas Clínicas pela Direção-Geral da Saúde com a Ordem dos Médicos, para as seguintes situações clínicas:

[…]

11. A triagem deve ser efetuada por médico e/ou enfermeiro.

[…]

15. A implementação da triagem deve prever a retriagem/reavaliação da pessoa, definida a nível da unidade de saúde:

a) Quando o tempo de espera excede o limite previsto;

b) De acordo com as caraterísticas da pessoa, por iniciativa do profissional de saúde;

c) Sempre que a família/acompanhante o solicite.

16. Os serviços de urgência devem implementar auditorias internas mensais ao sistema de triagem em uso, como garante da qualidade da triagem que é efetuada nos seus serviços.

17. As auditorias internas mensais ao sistema de triagem de Manchester devem ser efetuadas nos termos previstos no protocolo celebrado entre o Ministério da Saúde e o Grupo Português de Triagem e declaração de princípios a ele anexa.

18. Cabe ao Grupo Português de Triagem realizar auditorias externas à implementação do sistema de Triagem de Manchester nos serviços de urgência.

19. Cabe a Direção-Geral da Saúde realizar as auditorias externas à implementação do Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale […].".

2.2 – O transporte de utentes

Algumas atividades complementares à prestação de cuidados de saúde assumem especial relevo no âmbito do direito de acesso, porque se destinam a facultar meios humanos, técnicos ou de organização indispensáveis para garantir este direito e a qualidade dos cuidados de saúde. É o caso do transporte de utentes, atividade essencial para este efeito e que deve observar um conjunto de regras específicas, para não constranger, *ab initio*, o direito de acesso dos utentes a cuidados de saúde de qualidade e com segurança.

2.2.1 – Transporte não urgente

O transporte não urgente de utentes, embora não constitua uma prestação de cuidados de saúde em sentido estrito, é instrumental e complementar da mesma.

Recorde-se que, conforme previsto na CRP (alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º) e na LBS (alínea c) do n.º 2 da Base 20), o acesso ao SNS é tendencialmente gratuito, pelo que o transporte não urgente de doentes que seja instrumental à prestação de cuidados de saúde, *"[…] no âmbito do SNS é isento de encargos para o utente quando a situação clínica o justifique, nas condições a aprovar por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, e desde que seja comprovada a respetiva insuficiência económica"*, cfr. n.º 1 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro.

A Portaria n.º 260/2014, de 15 de dezembro, que aprovou o Regulamento do Transporte de Doentes (RTD), surgiu no seguimento, e como complemento, das regras básicas do transporte de utentes efetuado por via terrestre estabelecidas no Decreto-Lei n.º 38/92, de 28 de março[61]. A Portaria n.º 142-B/2012, de 15 de maio, por sua vez, define as condições em que o SNS assegura os encargos com o transporte não urgente de utentes que seja instrumental à prestação de cuidados de saúde.[62]

De acordo com o preâmbulo da Portaria n.º 142-B/2012, de 15 de maio, "*O Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, regula o acesso às prestações do Serviço Nacional de Saúde (SNS), por parte dos utentes no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios, no qual se insere o transporte não urgente de doentes. No âmbito da aplicação de regimes especiais de benefícios prevê este diploma no seu artigo 5.º que o transporte não urgente de doentes que seja instrumental à realização das prestações de saúde, no âmbito do SNS, é isento de encargos para o utente quando a situação clínica o justifique e desde que seja comprovada a respetiva insuficiência económica, nos termos a aprovar por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde.* […] *Tendo presentes os contributos do grupo de trabalho, a presente portaria regula as condições em que o SNS é responsável pelo pagamento dos encargos com transporte não urgente dos utentes, atendendo-se na sua regulação por um lado à natureza instrumental desta atividade relativamente à prestação de cuidados, e por outro às premissas em que assenta a aplicação dos regimes especiais de benefícios, a situações determinantes de isenção ou de comparticipação, como situações clínicas de maior risco de saúde e de situações de insuficiência económica*."

Deste modo, em determinadas situações e para efeitos de acesso a cuidados de saúde, o SNS deve assegurar o acesso gratuito a transporte não urgente, mediante prescrição médica justificada pela situação clínica do doente e de acordo com a sua condição económica. Neste enquadramento, a Portaria em causa define as condições em que o SNS assegura os encargos com o transporte não urgente de doentes que seja instrumental à realização das prestações de saúde.

Nos termos do artigo 2.º da Portaria em análise, "*considera-se transporte não urgente o transporte de doentes associado à realização de uma prestação de saúde e cuja origem ou destino sejam os estabelecimentos e serviços que integram o SNS, ou as entidades de natureza privada ou social com acordo, contrato ou convenção para a prestação de cuidados de saúde, nas seguintes situações:*

[61] O Decreto-Lei n.º 38/92, de 28 de março foi alterado pela primeira vez e republicado pelo Decreto-Lei n.º 24/2023, de 6 de abril, que veio simplificar o processo de autorização para o exercício da atividade de transporte de doentes e estabeleceu o regime contraordenacional.
[62] Sobre esta matéria, poderão ainda ser consultadas as perguntas frequentes constantes do *website* da ERS.

a) Transporte para consulta, internamento, cirurgia de ambulatório, tratamentos e ou exames complementares de diagnóstico e terapêutica;

b) Transporte para a residência do utente após alta de internamento ou da urgência.".

O SNS não assegura os encargos com o transporte não urgente de doentes, nas seguintes situações (cfr. artigo 11.º da Portaria n.º 142-B/2012):

a) Transporte não urgente de vítimas de doença profissional ou acidente de trabalho;

b) Transporte não urgente de doentes beneficiários de subsistemas de saúde, bem como de quaisquer entidades públicas ou privadas, responsáveis pelos respetivos encargos;

c) Transporte não urgente para consultas de submissão a juntas médicas;

d) Transporte não urgente decorrente de situação de transferência entre estabelecimentos e serviços do SNS de doente internado, em que é aplicado o regime previsto no regulamento das tabelas de preços das instituições e serviços integrados no SNS, aprovado por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde;

e) Transporte não urgente de doentes no âmbito de produção adicional, transferida para hospitais de destino, realizada no âmbito do SIGIC.

Conforme resulta do artigo 3.º da Portaria n.º 142-B/2012, o SNS assegura os encargos com o transporte não urgente prescrito a utentes em situação de insuficiência económica e quando a situação clínica o justifique, nos seguintes termos:

a) Incapacidade igual ou superior a 60%;

b) Condição clínica incapacitante, resultante de:

i) Sequelas motoras de doenças vasculares;

ii) Transplantados, quando houver indicação da entidade hospitalar responsável pela transplantação;

iii) Insuficiência cardíaca e respiratória grave;

iv) Perturbações visuais graves;

v) Doença do foro ortopédico;

vi) Doença neuromuscular de origem genética ou adquirida;

vii) Patologia do foro psiquiátrico;

viii) Doenças do foro oncológico;

ix) Queimaduras;

x) Gravidez de risco;

xi) Doença infetocontagiosa que implique risco para a saúde pública;

xii) Insuficiência renal crónica.

xiii) Paralisia cerebral e situações neurológicas afins com comprometimento motor.

c) Menores com doença limitante/ameaçadora da vida.

Considera-se estar em situação clínica incapacitante o utente acamado, necessitado de transporte em isolamento, em cadeira de rodas por se encontrar impossibilitado de assegurar a marcha de forma autónoma, com dificuldade de orientação e/ou inconveniência de locomoção na via pública e de modo próprio, devendo o transporte ser efetuado em ambulância.

O SNS assegura ainda os encargos com o transporte não urgente prescrito a utentes em situação de insuficiência económica e com situação clínica que o justifique, desde que efetuado em veículo dedicado ao transporte de doentes.

No caso específico de tratamentos relacionados com técnicas de fisiatria, quando o utente se encontre em situação de insuficiência económica e em situação clínica que o justifique, o transporte não urgente é assegurado pelo SNS, durante um período máximo de 120 dias, sem prejuízo de poder ser reconhecida a extensão desse período, em situações devidamente justificadas pelo médico assistente, previamente avaliadas e autorizadas, caso a caso, pelo órgão de gestão das entidades do SNS responsáveis pelo pagamento dos encargos (cfr. n.º 4 do artigo 3.º da Portaria 142-B/2012).

Atento o disposto no n.º 2 do artigo 4.º da referida Portaria, o SNS assegura ainda os encargos com o transporte não urgente de utentes que necessitem, impreterivelmente, da prestação de cuidados de saúde de forma prolongada e continuada, nas seguintes condições clínicas:

a) Insuficiência renal crónica;

b) Reabilitação em fase aguda decorrente das situações previstas no n.º 1 do artigo 3.º da Portaria, durante um período máximo de 120 dias;

c) Doentes oncológicos e transplantados, bem como doentes insuficientes renais crónicos que realizam diálise peritoneal ou hemodiálise domiciliária;

d) Reabilitação ao longo da vida para doentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%, de natureza motora;

e) Doentes que necessitem de cuidados paliativos, a prestar pelas equipas prestadoras de cuidados paliativos da RNCP;

f) Noutras situações clínicas devidamente justificadas pelo médico assistente, previamente avaliadas e autorizadas, caso a caso, pelas entidades do SNS responsáveis pelo pagamento dos encargos.

O transporte não urgente de doentes que se encontrem nas condições clínicas acima referidas é efetuado em ambulância ou em veículo dedicado ao transporte de doentes.

Por outro lado, e por via do disposto na alínea c) do n.º 2 do artigo 3.º da Lei n.º 108/2017, de 23 de novembro, as vítimas dos incêndios florestais ocorridos em Portugal Continental entre 17 e 24 de junho de 2017, 15 e 16 de outubro de 2017 e 3 e 10 de agosto de 2018, nos concelhos identificados na Lei, usufruem de transporte gratuito para tratamentos, consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

No que respeita à condição económica dos utentes, a mesma é apurada conforme o artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, considerando-se em situação de insuficiência económica os utentes que integrem agregado familiar cujo rendimento médio mensal seja igual ou inferior a 1,5 vezes o valor do indexante de apoios sociais (IAS).

Já a condição clínica e a incapacitante terão de ser comprovadas pelo médico do SNS, no momento da prescrição do transporte não urgente do doente. Nas situações de incapacidade superior a 60%, será necessário que o utente a comprove através da apresentação de atestado médico de incapacidade multiusos[63].

O utente a quem for reconhecido o direito à isenção de encargos com o transporte não urgente pode beneficiar da presença de um acompanhante sempre que o médico justifique a sua necessidade, nomeadamente nas seguintes situações[64]:

a) Beneficiário do subsídio por assistência permanente de terceira pessoa;

[63] O atestado médico de incapacidade multiusos é um documento que comprova que a pessoa tem uma incapacidade (física ou outra), atribuindo-lhe um grau, expresso numa percentagem. Este documento pode ser usado em várias situações previstas na lei, adquirindo, assim, uma função multiuso, e conferindo acesso a vários benefícios. A sua emissão obedece ao disposto no Decreto-Lei n.º 202/96, de 23 de outubro.
A ERS disponibiliza, no seu *website*, perguntas frequentes sobre obtenção de atestado médico de incapacidade multiuso, que podem ser consultadas em https://ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/obtencao-de-atestado-medico-de-incapacidade-multiuso/.
[64] Cfr. artigo 7.º da Portaria n.º 142-B/2012, de 15 de maio.

b) Idade inferior a 18 anos;

c) Debilidade mental profunda;

d) Problemas cognitivos graves;

e) Surdez total;

f) Défice de visão significativo superior a 80%, ainda que com ajudas técnicas.

Conforme acima exposto, decorre da alínea b) do n.º 1 do artigo 11.º da Portaria n.º 142-B/2012 que está excluído do âmbito de aplicação deste regime o transporte não urgente de doentes beneficiários de subsistemas de saúde, bem como de quaisquer entidades públicas ou privadas, responsáveis pelos respetivos encargos.

Deste modo, se um beneficiário de um subsistema de saúde ou de um seguro de saúde se dirigir a um qualquer estabelecimento prestador de cuidados de saúde dos setores privado, cooperativo ou social que tenha celebrado uma convenção com esse subsistema ou que esteja abrangido pelo dito seguro de saúde, para a prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários, o acesso deverá ser enquadrado nessa qualidade – nesse caso, o utente não pode beneficiar do regime descrito na citada Portaria n.º 142-B/2012.

Porém, se aquele mesmo utente se dirigir a um estabelecimento do SNS ou a um estabelecimento dos setores privado, cooperativo ou social que tenha celebrado um acordo, contrato ou convenção com o SNS, para receber cuidados de saúde enquanto beneficiário do SNS, é nessa qualidade que deve ser tratado, devendo ser-lhe aplicadas as regras a que estão sujeitos os demais utentes do SNS e podendo, por isso, beneficiar do regime previsto na citada Portaria.

É neste sentido que a norma constante da alínea b) do n.º 1 do artigo 11.º da Portaria n.º 142-B/2012 deve ser interpretada: o regime só se aplica ao transporte não urgente de utentes beneficiários do SNS, seja em estabelecimentos que integram esse mesmo SNS ou em estabelecimentos dos setores privado, cooperativo ou social que tenham celebrado um acordo, contrato ou convenção para a prestação de cuidados de saúde a utentes do SNS. Tal regime, pelo contrário, não visa assegurar o transporte não urgente de utentes que recorrem a cuidados de saúde ao abrigo de um subsistema de saúde ou de um seguro de saúde[65].

[65] A este respeito, pode ser consultado o Parecer da ERS em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1223/Parecer_SNS_ADSE.pdf.

2.2.2 – Transporte urgente e emergente

A Portaria n.º 260/2014, de 15 de dezembro, procedeu à aprovação do Regulamento do Transporte de Doentes (RTD), o qual se aplica ao transporte de doentes urgentes e emergentes, e ao transporte de doentes não urgentes, efetuado por via terrestre. Nos termos do artigo 2.º, e para efeitos do Regulamento referido, entende-se por:

a) "*Doente*": pessoa que, no âmbito da prestação de cuidados de saúde, requer, durante o transporte, recursos humanos, veículo e equipamento adequados ao seu estado ou condição;

b) "*Doente emergente*": doente que apresenta situação clínica com risco instalado, ou iminente, de falência de funções vitais;

c) "*Doente urgente*": doente que apresenta situação clínica com potencial de falência de funções vitais;

d) "*Ambulância*": veículo tripulado por, no mínimo, dois elementos habilitados para a prestação de cuidados, e destinado ao transporte de, pelo menos, um doente em maca;

e) "*Veículo dedicado ao transporte de doentes*" (VDTD): veículo ligeiro, destinado ao transporte de doentes cuja situação clínica não impõe, previsivelmente, a necessidade de cuidados de saúde durante o transporte.

O transporte de doentes urgentes e emergentes realiza-se na dependência direta do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM, no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM).

O INEM tem por missão definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento do SIEM, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde (cfr. Decreto-Lei n.º 34/2012, de 14 de fevereiro), competindo-lhe, nomeadamente, assegurar a articulação com os serviços de urgência/ emergência nos estabelecimentos de saúde, no que respeita à prestação de cuidados de emergência médica em ambiente pré-hospitalar e respetiva articulação com os serviços de urgência/emergência, referenciação e transporte de urgência/emergência, receção hospitalar e tratamento urgente/emergente.

Para além disso, e entre outras competências, cabe ao INEM assegurar o atendimento, triagem, aconselhamento das chamadas que lhe sejam encaminhadas pelo número telefónico de emergência e acionamento dos meios de emergência médica apropriados; assegurar a prestação de cuidados de emergência médica em ambiente pré-hospitalar e providenciar o transporte para as

unidades de saúde adequadas; promover a resposta integrada ao doente urgente/emergente; e promover a correta referenciação do doente urgente/emergente.

Para concretização destas atribuições, o Despacho n.º 14041/2012, de 29 de outubro, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, identifica o CODU como uma estrutura de coordenação operacional centralizada de toda a atividade do SIEM, a quem compete, entre outras questões, garantir a triagem médica de todas as chamadas de emergência da área da saúde, que lhe são encaminhadas pelo número europeu de emergência (112); realizar a triagem médica segundo algoritmos de decisão definidos pelo INEM, com base na melhor evidência científica e validada por peritos; realizar, após triagem, o acionamento dos meios de emergência médica considerados necessários e adequados para cada situação; realizar o aconselhamento médico de situações de urgência e emergência e a transferência das chamadas consideradas não urgentes para outros intervenientes, nomeadamente para o *call center* da saúde - SNS 24[66]; e coordenar a decisão sobre a referenciação primária e secundária de todos os doentes urgentes e ou emergentes na rede nacional de Serviços de Urgência e/ou Cuidados Intensivos, em particular a referenciação das Vias Verdes.

Assim, nos termos do n.º 1 do artigo 18.º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, "*Todos os utentes em situações de urgência e/ou emergência de foro de saúde devem procurar a entrada no SIEM e nos diferentes serviços que o sistema nacional de saúde disponibiliza para abordagem e tratamento de situações agudas, urgentes ou emergentes, através dos sistemas telefónicos centrais de triagem, orientação e aconselhamento de doentes disponibilizados, nomeadamente os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM, e a Linha Saúde 24, da Direção-Geral da Saúde.*". Por sua vez, nos termos do n.º 2 o referido artigo 18.º, "*O acesso aos CODU faz -se, obrigatoriamente, através de uma chamada de emergência, via número europeu de emergência (112) e deve ser utilizada sempre que a situação seja, aparentemente, uma emergência médica. Nos CODU será realizada a triagem telefónica de emergência médica, com definição das prioridades da situação, o aconselhamento médico, o acionamento de meios de emergência, se e quando necessários, e a orientação dos doentes na Rede de SU, redes de referenciação específicas de urgência e Vias Verdes existentes, conforme Despacho nº 14041/2012, de 29 outubro e, quando apropriado, a passagem à Linha Saúde 24.*". Por fim, nos termos do n.º 3 do mesmo artigo 18.º. "*O acesso à Linha Saúde 24 faz -se*

[66] A ERS realizou, em 2024, um estudo sobre a Linha SNS 24, "*Estudo sobre a Linha SNS 24 e o impacto no acesso à prestação de cuidados de saúde*", com o objetivo de analisar o encaminhamento e os procedimentos de articulação com os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), podendo este ser consultado no *website* da ERS, em https://www.ers.pt/media/vtxhgxkb/estudo-sns-24-04-04-2024.pdf. Considerando as conclusões alcançadas no âmbito do referido estudo, a ERS emitiu o Alerta de Supervisão n.º 2/2024, de 4 de abril.

através do número de telefone 808242424 e deve ser utilizado nas situações agudas ou urgentes mas sem risco imediato de vida. Nestas centrais será efetuada uma triagem, aconselhamento e encaminhamento de doentes para a unidade de saúde mais adequada, no tempo recomendado, pelos meios disponíveis que melhor respondam a cada situação. Em casos de maior gravidade/urgência, prontamente identificadas na triagem, a chamada é transferida para os CODU do INEM.".

Para melhor cumprimento de todos estes propósitos, foi criada a Rede de Referenciação de Urgência e Emergência (RRUE), que abrange o mapa das estruturas, dos recursos e das valências, das relações de complementaridade, hierarquização e de apoio técnico, dos circuitos e das condições de articulação e de referenciação entre unidades do sistemas pré-hospitalar e hospitalar de urgência (cfr. artigo 19.º do Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto). Constituem objetivos da RRUE, entre outros, garantir a acessibilidade aos diferentes pontos de rede; encaminhar o doente para o ponto de rede mais próximo e adequado à sua situação clínica (não necessariamente o de maior proximidade); assegurar o bom funcionamento das Vias Verdes existentes (Coronária, Acidente Vascular Cerebral, Sépsis e Trauma); e sistematizar e planear a capacidade de acompanhamento e transporte pré e inter-unidades de saúde.

2.3 – Transferência de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde

Para evitar constrangimentos ao direito de acesso e promover a adequação da prestação de cuidados de saúde no processo de transferência inter e intra-hospitalar de utentes, a ERS, ao abrigo dos poderes de regulamentação previstos no artigo 17.º dos seus Estatutos, aprovou o Regulamento n.º 964/2020, publicado em Diário da República a 3 de novembro de 2020, o qual "*estabelece as regras aplicáveis ao processo de transferência de utentes e define os mecanismos organizacionais que possibilitam a coordenação e articulação entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde*" (artigo 1.º)[67].

Conforme se pode ler no seu preâmbulo, o aludido Regulamento visa "*harmonizar os procedimentos existentes em matéria de transferência de utentes, através da instituição de um conjunto de regras, de cariz imperativo, que estabeleçam uma disciplina geral sobre os princípios, obrigações e boas*

[67] Sobre este Regulamento, cfr., ainda, o Alerta de Supervisão n.º 14/2020, de 20 de novembro, da ERS, referente à publicação do Regulamento n.º 964/2020, de 3 de novembro, sobre "*Transferência de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde*".

práticas subjacentes ao processo de transferência de utentes e, bem assim, definir as condições de organização, coordenação e articulação entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde".

Na verdade, "*a opção pela aprovação de um regulamento com eficácia externa* [permite] *fixar as regras mínimas a observar sempre que ocorre uma transferência de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, conferindo, dessa forma, maior certeza e segurança a todos os intervenientes na sua concretização e, consequentemente, maior proteção aos direitos dos utentes*" – Cfr. preâmbulo do Regulamento.

O procedimento de transferência de utentes deve ter por base a articulação entre os diversos níveis e tipos de cuidados, numa lógica de complementaridade entre as entidades que integram o sistema de saúde.

Assim, nos termos do n.º 1 do artigo 2.º do Regulamento, as suas regras e princípios são aplicáveis a todas as transferências físicas de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos setores público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica, sempre que as mesmas determinem uma transmissão de responsabilidade, temporária ou definitiva, sobre os cuidados de saúde a prestar, nomeadamente:

a) As transferências no decurso da prestação de cuidados de saúde urgentes;

b) As transferências no decurso de situações de agudização do estado de saúde de utentes internados;

c) As transferências programadas para assegurar a continuidade de cuidados numa ótica de proximidade.

Atento o n.º 2 do artigo 2.º, encontram-se excluídos do âmbito de aplicação do Regulamento:

a) O transporte pré-hospitalar no âmbito do SIEM;

b) O transporte de utentes não urgentes, nos termos do artigo 2.º da Portaria n.º 142-B/2012, de 15 de maio, sempre que não se relacione diretamente com um processo de transferência de utentes entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde;

c) O procedimento específico de referenciação e de admissão de utentes nas unidades e equipas da RNCCI, cujas etapas estão previstas nos artigos 20.º e 21.º da Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro;

d) As transferências realizadas no âmbito do SIGIC, que foi integrado no SIGA SNS, previstas no n.º 5 do Despacho n.º 3796-A/2017, de 5 de maio e na Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril;

e) As transferências realizadas entre unidades de diálise periféricas e centrais, nos termos dos protocolos previstos na Portaria n.º 347/2013, de 28 de novembro, ou diploma que lhe venha a suceder;

f) As transferências sanitárias de doentes portugueses internados em unidades hospitalares localizadas no espaço da União Europeia, Espaço Económico Europeu e Suíça, contempladas na Circular Normativa n.º 22/DQS, de 23 de dezembro de 2009, da DGS;

g) As transferências de utentes ao abrigo dos acordos internacionais de cooperação no domínio da saúde, conforme Circulares Normativas da DGS n.º 4/DCI, de 16 de abril de 2004 e n.º 11/DQS/ DGIDI/DMD, de 28 de julho de 2009;

h) As transferências de utentes entre as instituições prestadores de cuidados de saúde do SNS e as unidades de saúde de outros Estados-membros da União Europeia, previstas na Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto.

Nos termos do n.º 1 do artigo 7.º, a decisão de transferência de utentes é um ato médico, devendo ser fundamentada e tomada sempre que se verifiquem pelo menos duas das seguintes situações:

a) A condição clínica do utente o justifique;

b) Decorra de pedido expresso do utente;

c) Da mesma resulte um benefício para o utente.

Em concretização do disposto no n.º 1, o n.º 2 daquele artigo 7.º esclarece que o estabelecimento de origem deve ponderar:

a) os benefícios da transferência para a condição clínica do utente, bem como os riscos associados ao transporte;

b) as potencialidades e/ou limitações do estabelecimento de destino, reconhecendo o nível de cuidados e a sua adequação à condição clínica do utente.

Importa também referir que o Regulamento procede a uma delimitação clara das obrigações do estabelecimento de origem[68] e do estabelecimento de destino[69]. Assim, compete, desde logo, ao estabelecimento de origem estabelecer um contacto prévio, preferencialmente telefónico, com o responsável do estabelecimento de destino, descrever a situação clínica, expor as razões que motivam a transferência e confirmar a disponibilidade de recursos para receber o utente[70].

Para além disso, deve ser devidamente registada no processo clínico do utente a identificação dos responsáveis na origem e no destino, com indicação da data e hora do contacto efetuado, bem como a identificação do profissional que efetiva o transporte do utente.

Além das razões da transferência, o estabelecimento de origem tem ainda a obrigação de esclarecer o utente e seus acompanhantes, sobre os termos em que a continuidade da prestação de cuidados de saúde fica garantida no estabelecimento de destino. Para efeitos de operacionalização da transferência, o estabelecimento de origem, sempre que possível antes de a mesma ser concretizada, deverá obrigatoriamente comunicar ao utente e ao acompanhante, através de contacto pessoal ou telefónico, a necessidade daquela transferência e a identificação do estabelecimento de destino, devendo todas estas comunicações ficar registas no processo clínico do utente[71].

Compete, ademais, ao estabelecimento de origem "*c) garantir a preparação atempada do processo de transferência e supervisionar o envio do relatório clínico do utente, devidamente instruído, para o estabelecimento de destino, incluindo imagem em registo digital; d) transferir o utente para outro estabelecimento prestador de cuidados de saúde, com a respetiva carta de acompanhamento*[72] *da transferência, a qual deve incluir toda a informação clínica necessária à garantia da continuidade dos cuidados, nomeadamente sobre a existência de fatores de risco acrescido e, quando aplicável, sobre a necessidade de acompanhamento especial do utente, que permita ao estabelecimento de destino adotar as medidas necessárias e adequadas à salvaguarda da qualidade e segurança na*

[68] Isto é, "*o estabelecimento prestador de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo ou social onde é elaborado o primeiro plano de cuidados ao utente perante determinada necessidade concreta de prestação de cuidados de saúde*" – Cfr. alínea c) do artigo 3.º do Regulamento n.º 964/2020.
[69] Ou seja, o "*estabelecimento prestador de cuidados de saúde do setor público, privado, cooperativo ou social para onde é transferido o utente para continuação da prestação de cuidados de saúde*" (cfr. alínea d) do artigo 3.º do Regulamento n.º 964/2020).
[70] Cfr. artigos 4.º, alínea b), e 8.º, n.º 1, do Regulamento n.º 964/2020.
[71] Cfr. artigo 12.º do Regulamento n.º 964/2020.
[72] Quer dizer, "*o documento onde consta a ordem de transferência do utente, o motivo subjacente à transferência, a informação relativa à situação clínica do utente (incluindo, quando aplicável, informação quanto à existência de infeção hospitalar), o estabelecimento de destino, o ponto de contacto no estabelecimento de destino responsável pela aceitação da transferência, o tipo de transporte, a designação do pessoal e equipamentos necessários, as terapêuticas que devam ser asseguradas durante o transporte e a identificação do responsável no estabelecimento de origem*" – Cfr. alínea a) do artigo 3.º do Regulamento n.º 964/2020.

prestação de cuidados de saúde; e) a coordenação e a responsabilidade operacional pela transferência do utente, incluindo a garantia de transporte que permita a sua concretização; f) assegurar a disponibilidade de meios de transporte adequados à efetivação da transferência, em tempo útil e adequado a garantir a integração, continuidade e qualidade dos cuidados de saúde prestados, e que o transporte se faça com utilização dos recursos humanos e materiais necessários (…)"[73].

Por ser assim, o estabelecimento de origem, além do planeamento do transporte de acordo com o estado clínico do utente, deve, ainda, "(…) *garantir, em permanência, a disponibilidade de meios de transporte adequados à efetivação da transferência, incluindo equipa de acompanhamento adequada à situação clínica do utente, de modo a não colocar em causa o acesso em tempo útil, a integração, a continuidade e o nível e qualidade dos cuidados de saúde prestados, devendo igualmente ser salvaguardada a dignidade dos utentes, designadamente daqueles em situações de maior vulnerabilidade, cuja condição clínica não se compadeça com elevados tempos de espera*"[74]. O transporte do utente fica a cargo da equipa de transporte, cuja responsabilidade técnica e legal só cessa no momento de entrega do utente ao responsável clínico do estabelecimento de destino.

Por seu turno, ao estabelecimento de destino compete: "*a) [r]eceber o utente de acordo com o que tiver ficado estabelecido no contacto prévio com o responsável do estabelecimento de origem, efetuado nos termos do disposto no artigo 8.º; b) [a]bster-se de adotar qualquer comportamento que dificulte o regular funcionamento das redes de referenciação hospitalar instituídas no âmbito do SNS; c) [g]arantir, em tempo útil, a continuidade e nível dos cuidados de saúde necessários e adequados à situação específica do utente; d) [a]ssegurar a disponibilidade de condições físicas, técnicas e humanas à prestação dos cuidados de saúde de que o utente necessite*."[75].

Por fim, tal como adverte o artigo 13.º do Regulamento, a violação das regras nele previstas é sancionável nos termos da alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º, *ex vi* do artigo 17.º, ambos dos Estatutos da ERS, segundo a qual "*Constitui contraordenação, punível com coima de € 750 a € 3740,98 ou de € 1000 a € 44 891,81, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva:* […] *b) O desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios, determinem qualquer obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º, 22.º e 23.º*".

[73] Cfr. artigos 4.º, alíneas c) a f), e 11.º do Regulamento n.º 964/2020.
[74] Cfr. artigo 9.º, n.ºs 1 e 4 do Regulamento n.º 964/2020.
[75] Cfr. artigo 5.º do Regulamento n.º 964/2020.

2.4 – Acesso a cuidados de saúde no estrangeiro

A Lei n.º 48/90, de 24 de agosto - anterior LBS e que foi revogada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro -, era praticamente omissa na previsão e enquadramento da possibilidade de recurso a serviços de saúde no estrangeiro, limitando-se o n.º 2 da sua Base XXXV a estabelecer que "*Só em circunstâncias excecionais em que seja impossível garantir em Portugal o tratamento nas condições exigíveis de segurança e em que seja possível fazê-lo no estrangeiro, o Serviço Nacional de Saúde suporta as respetivas despesas*".

Por sua vez, a atual LBS reconhece esta possibilidade, afirmando no n.º 3 da Base 21 que "*A lei regula as condições da referenciação para o estrangeiro e o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços dos beneficiários do SNS.*".

Direito de acesso dos utentes do SNS a assistência médica de grande especialização no estrangeiro

O Decreto-Lei n.º 177/92, de 13 de agosto, veio conceder o direito aos utentes do SNS de beneficiarem da cobertura financeira do mesmo SNS, quando fosse impossível garantir o seu tratamento, em Portugal, nas condições exigíveis de segurança e em tempo útil; este regime define, assim, o direito de acesso dos utentes do SNS a assistência médica de grande especialização no estrangeiro quando, por falta de meios técnicos ou humanos, a mesma não pode ser prestada em Portugal.

Para este efeito, é necessária a emissão de um relatório médico que especifique, designadamente:

a) As razões que justificam a impossibilidade, material ou humana, do tratamento ou intervenção poder ser realizado em estabelecimento de saúde nacional;

b) O objetivo clínico da deslocação;

c) As instituições estrangeiras em que o utente pode ser tratado ou submetido a intervenção cirúrgica;

d) O prazo máximo dentro do qual deve ter lugar o tratamento ou a intervenção, sob pena de não virem a produzir o seu efeito útil normal;

e) A necessidade, ou não, de utilizar na deslocação qualquer meio de transporte especial;

f) A circunstância de o utente carecer ou não de acompanhante, com ou sem preparação técnica adequada.

Verificados os demais pressupostos procedimentais previstos no diploma, as despesas resultantes de prestação de assistência médica, os gastos com alojamento, alimentação e transporte, na classe mais económica, e os adiantamentos e depósitos-caução que se revelarem necessários são da responsabilidade da unidade hospitalar cuja direção clínica tenha confirmado o relatório médico suprarreferido.

A acrescer ao Decreto-Lei n.º 177/92, de 13 de agosto, figuram as orientações concretizadas em Circulares emitidas pela DGS a respeito da assistência médica a obter fora de território nacional, as quais visam esclarecer os procedimentos que, administrativamente, devem ser seguidos pelas instituições hospitalares de origem com vista à apresentação e fundamentação de um pedido de tal natureza[76].

Direito de acesso a cuidados de saúde prestados em Estados Membros da União Europeia

Os utentes podem também beneficiar de regimes específicos no âmbito da União Europeia, que permitem a um cidadão de um Estado Membro (EM) receber cuidados de saúde num outro EM ou em países terceiros, com os quais a União Europeia possua acordos específicos para esse propósito.

A este respeito, devem distinguir-se duas situações: aquela em que o utente se encontra ocasionalmente ou temporariamente no território de outro EM e aí necessita, de forma não programada, de receber cuidados médicos; e aquela em que o utente se dirige a um prestador de cuidados de saúde no território de outro EM, de forma programada e especificamente para aí receber cuidados médicos.

Prestação não programada de cuidados de saúde, no âmbito de estadias temporárias em Estados-Membros: o Cartão Europeu de Seguro de Doença

[76] Foram publicadas, a este respeito, a Circular Normativa N.º 08/DSPCS, de 25 de junho de 2002, a Circular informativa 16/DQS/DMD, de 22 de abril de 2010, e a Orientação 003/2010, de 29 de setembro de 2010.

O Cartão Europeu de Seguro de Doença (CESD) é um documento que garante a qualquer cidadão residente num EM o acesso aos cuidados de saúde que se tornem necessários, durante uma estada temporária num outro EM – aqui incluindo os países que integram a União Europeia e ainda a Islândia, o Liechtenstein, a Noruega, a Suíça e o Reino Unido.

Os cuidados de saúde são prestados aos titulares do CESD nas mesmas condições e ao mesmo custo que as pessoas cobertas pelo sistema de segurança social ou de saúde público do EM onde se encontram temporariamente.

Neste sentido, o CESD tem por função certificar perante os prestadores de cuidados de saúde (ou perante os organismos que financiem a prestação de cuidados de saúde) no EM de estadia temporária, que existe uma entidade responsável pelas despesas em saúde do beneficiário no seu EM de origem, e que serão, assim, reembolsados.

De referir, porém, que o CESD não constitui uma alternativa a um seguro de viagem, não cobre outras despesas como o custo do repatriamento ou indemnizações por bens perdidos ou roubados, não cobre despesas se o utente viajar expressamente com o objetivo de obter tratamento médico (neste caso, aplicam-se as regras constantes da Lei n.º 52/2014, que ao diante melhor se explicitarão), e não garante o acesso gratuito a serviços de saúde, uma vez que cada EM tem um sistema de saúde diferente, pelo que, serviços que sejam gratuitos num determinado EM, poderão não o ser noutro. O CESD também não cobre cuidados de saúde prestados no sistema de saúde privado, a não ser que as unidades deste setor estejam abrangidas pelo sistema de segurança social ou de saúde público do EM onde o utente se encontra temporariamente e aceitem aquele CESD[77].

Prestação programada de cuidados de saúde em Estados-Membros: a Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto

A Lei n.º 52/2014, de 25 agosto, estabelece as normas de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços e a promoção da cooperação em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços no âmbito da União Europeia, transpondo assim para a ordem jurídica nacional a Diretiva n.º 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, e a Diretiva de

[77] Para mais informações a este respeito, poderá ser consultada a circular informativa da DGS n.º 50/DQS, de 23 de dezembro de 2009, bem como, a Portaria n.º 1359/2009, de 27 de outubro (aprova o modelo e as especificações do Cartão Europeu de Seguro de Doença e define-lhe o prazo de validade).

Execução n.º 2012/52/UE da Comissão, de 20 de dezembro de 2012, que estabelece medidas para facilitar o reconhecimento de receitas médicas emitidas noutro EM[78].

A Lei n.º 52/2014 define, assim, um regime específico para o acesso de utentes do SNS, garantido pelo Estado Português, a determinados cuidados de saúde prestados em estabelecimentos situados nos EM da União Europeia, através do reembolso de despesas efetuadas nesse âmbito e de um procedimento de autorização prévia para casos específicos.

Para efeitos deste regime, são considerados "Cuidados de saúde transfronteiriços", os cuidados de saúde prestados ou prescritos noutro EM da União Europeia, quando o EM de afiliação[79] é o Estado Português, assim como os cuidados de saúde prestados ou prescritos pelo Estado Português, quando o EM de afiliação seja outro EM. Importa clarificar, no entanto, que se excluem do âmbito deste regime os cuidados continuados integrados, a dádiva ou colheita de órgãos após a morte, respetiva alocação e acesso aos mesmos para fins terapêuticos ou de transplante, e o Plano Nacional e Regional de Vacinação.

Nos termos da alínea a) do artigo 3.º da Lei n.º 52/2014, é considerado beneficiário deste regime *"o beneficiário do Serviço Nacional de Saúde ou o beneficiário dos Serviços Regionais de Saúde, nos termos da lei, nomeadamente: i) Os cidadãos de nacionalidade portuguesa; ii) As pessoas, incluindo os membros da sua família e os seus sobreviventes, abrangidos no capítulo I do título III do*

[78] O Despacho n.º 11713/2014, de 19 setembro, designou a ACSS como ponto de contacto nacional para os cuidados de saúde transfronteiriços ao abrigo deste regime, entidade esta que disponibiliza o acesso a um *website* específico do qual constam, designadamente, perguntas frequentes, esclarecimentos sobre o processo de reembolso e de pedido de autorização prévia, listagem dos prestadores públicos e privados sediados em território nacional e a identificação dos pontos de contacto dos outros EM.
A informação disponibilizada pela ACSS pode ser consultada em http://diretiva.min-saude.pt/home-page-2/ e em http://www.acss.min-saude.pt/2016/12/13/cuidados-de-saude-transfronteiricos/.
Em termos informativos, foi ainda elaborada pela ACSS a Circular informativa n.º 5/2015/DPS/ACSS, de 16 de janeiro de 2015, direcionada aos beneficiários no âmbito dos cuidados de saúde transfronteiriços, com o assunto "*Informação sobre os direitos referentes à obtenção de cuidados de saúde transfronteiriços e condições para o reembolso dos custos*", através da qual a ACSS, na qualidade de ponto de contacto nacional, remete para a informação disponível no Portal da Diretiva, clarificando alguns conceitos utilizados, bem como os procedimentos para obtenção de reembolso, e metodologia para apuramento do valor a reembolsar.

[79] Nos termos da alínea f) do artigo 3.º da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, entende-se por "*Estado membro de afiliação*", "*i) Para as pessoas a que se referem as subalíneas i) e ii) da alínea a), o Estado membro competente para conceder uma autorização prévia para tratamento adequado fora do Estado membro de residência nos termos do Regulamento (CE) n.º 883/2004, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de abril de 2004, e do Regulamento (CE) n.º 987/2009, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de setembro de 2009; ii) Para as pessoas a que se refere a subalínea iii) da alínea a), o Estado membro competente para conceder uma autorização prévia para tratamento adequado noutro Estado membro nos termos do Regulamento (CE) n.º 859/2003, do Conselho, de 14 de maio de 2003, ou pelo Regulamento (UE) n.º 1231/2010, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de novembro de 2010, sendo que, se nenhum Estado membro for competente nos termos dos referidos regulamentos, o Estado membro de afiliação é o Estado membro em que as pessoas estão seguradas ou têm direito a prestações de doença nos termos da legislação desse Estado membro.*"

Regulamento (CE) n.º 883/2004, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de abril de 2004, e relativamente aos quais o Estado Português seja tido como Estado competente, nos termos dos regulamentos comunitários aplicáveis e da lei; iii) Os nacionais de países terceiros residentes em Portugal abrangidos pelo Regulamento (CE) n.º 859/2003, do Conselho, de 14 de maio de 2003, ou pelo Regulamento (UE) n.º 1231/2010, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de novembro de 2010, ou nos termos da lei".

Os cuidados de saúde transfronteiriços são prestados de acordo com os princípios da universalidade, do acesso a cuidados de saúde de qualidade, da equidade e da solidariedade, no respeito pelo direito à privacidade e pelo princípio da não discriminação por razões de nacionalidade. Não obstante, encontra-se prevista no n.º 1 do artigo 7.º a possibilidade de restrição ao acesso a determinado tratamento,"[...] *em situações excecionais e em observância pelo princípio da proporcionalidade* [...] *por razões imperiosas de interesse geral, quando justificadas pela necessidade de manter um acesso suficiente, permanente, equilibrado e planeado a todos os beneficiários a uma gama equilibrada de tratamentos de elevada qualidade a nível nacional ou a um serviço médico e hospitalar*"[80].

No que respeita aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, o artigo 6.º da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, consagra um dever especial de informação aos utentes relativamente a cinco tópicos distintos:

(i) opções de tratamento e sua disponibilidade;

(ii) mecanismos de controlo da qualidade e segurança dos cuidados de saúde que prestam;

(iii) preços;

(iv) a sua situação em termos de autorização ou de registo;

(v) quanto ao seguro de responsabilidade profissional ou regime equivalente, aplicável nos termos da legislação em vigor em matéria de responsabilidade por danos resultantes da prestação de cuidados de saúde.

O utente tem ainda o direito a que a informação que vier a ser disponibilizada nas faturas referentes aos cuidados de saúde prestados seja discriminada, bem como a conhecer a informação registada no seu processo clínico, a aceder-lhe à distância e a dispor de, pelo menos, uma cópia do mesmo.

[80] Cfr. Circular Normativa n.º 27/2014, de 30 de setembro, emitida pela ACSS, sobre "*Cuidados de Saúde Transfronteiriços – Linhas de Orientação para adoção de medidas de restrição ao acesso a cuidados de saúde no SNS - Art.º 7.º da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto.*"

Conforme acima se referiu, neste regime o acesso é assegurado através do reembolso de despesas tidas com cuidados de saúde, e através de um sistema de autorização prévia de acesso para casos específicos.

(I) Reembolso de despesas com cuidados de saúde

De acordo com o disposto no artigo 8.º da Lei n.º 52/2014, os beneficiários têm direito ao reembolso das despesas diretamente relacionadas com os cuidados de saúde transfronteiriços prestados noutro EM, desde que os cuidados em questão sejam tidos como cuidados de saúde que caberia ao Estado Português garantir, através do SNS ou dos Serviços Regionais de Saúde, e o Estado Português seja considerado EM de afiliação.

O direito ao reembolso das despesas que não se encontrem sujeitas a autorização prévia, nos termos do artigo 11.º da Lei em apreço, pressupõe a existência de uma avaliação prévia por um médico de medicina geral e familiar do SNS ou dos Serviços Regionais de Saúde, que determine a necessidade dos cuidados de saúde.

As prestações de saúde elegíveis para reembolso são as previstas na tabela de preços do SNS ou dos Serviços Regionais de Saúde, bem como no regime jurídico das comparticipações no preço dos medicamentos[81]; os custos dos cuidados de saúde transfronteiriços são reembolsados apenas até ao limite que teria sido assumido pelo Estado Português no âmbito do SNS ou dos Serviços Regionais de Saúde, caso esses cuidados tivessem sido prestados no território nacional, nos termos da referida tabela de preços e regime geral das comparticipações, sem exceder, contudo, os custos reais dos cuidados de saúde recebidos. Aos montantes a reembolsar, é deduzido o valor correspondente das taxas moderadoras que seriam devidas, caso as prestações de saúde fossem realizadas no âmbito do SNS ou dos Serviços Regionais de Saúde, sempre que aplicável nos termos da legislação em vigor, assim como o montante devido por terceiro contratualmente responsável.

Não conferem direito ao reembolso os cuidados de saúde transfronteiriços realizados por prestadores de saúde que não se encontrem legalmente reconhecidos no EM de tratamento ou que não cumpram as respetivas normas e orientações em matéria de qualidade dos cuidados de saúde e segurança do doente estabelecidas pelo mesmo Estado. Também não terão direito ao reembolso os beneficiários que, nos termos das disposições constantes dos Regulamentos (CE) n.º 883/2004, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de abril de 2004, e n.º 987/2009, do Parlamento

[81] Atualmente, vigora a Tabela de Preços do SNS estabelecida pela Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, e o regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos previsto no Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio.

Europeu e do Conselho, de 16 de setembro de 2009, se encontrem abrangidos pelo Sistema de Segurança Social de outro EM.

Destaque-se que, para obter o reembolso de despesas diretamente relacionadas com cuidados de saúde, nos termos do n.º 2 do artigo 9.º da Lei n.º 52/2014, de 25 agosto, o utente deve submeter o competente requerimento, através do portal do utente, à ACSS ou ao serviço competente de cada região autónoma, no prazo de 30 dias a contar do pagamento da despesa, acompanhado, designadamente, dos seguintes documentos e informações:

a) Comprovativo do pagamento das despesas realizadas de onde conste, designadamente, o nome do beneficiário, o EM de tratamento e a respetiva unidade prestadora, os procedimentos de diagnóstico e o tratamento;

b) Número de identificação de cidadão, número de utente, número de identificação fiscal, residência fiscal, número de identificação de segurança social, idade, sexo e, quando aplicável, número de beneficiário, respetivo subsistema, número de apólice e identificação da seguradora;

c) Motivo da deslocação;

d) Avaliação clínica comprovativa da necessidade de diagnóstico ou de tratamento, emitida por um médico de medicina geral e familiar do SNS ou dos Serviços Regionais de Saúde, ou comprovativo de deferimento do pedido de autorização prévia, nos casos aplicáveis;

e) Informação clínica relacionada com as prestações de saúde realizadas, com referência expressa aos códigos e designação do diagnóstico principal, adicionais, comorbilidades, complicações, procedimentos, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças ou codificação equivalente em vigor no EM de tratamento, data da admissão, data da alta e destino após alta.

Tais documentos originais, quando redigidos em língua estrangeira, devem ser acompanhados de tradução devidamente certificada, nos termos da lei.

O reembolso dos custos dos cuidados de saúde é efetuado pela ACSS ou pelo serviço competente de cada região autónoma, conforme se tratar de um utente do SNS ou dos Serviços Regionais de Saúde, respetivamente, no prazo de 90 dias a contar da apresentação do respetivo pedido, nos termos do disposto nos números anteriores.

(II) Autorização prévia do reembolso de cuidados de saúde:

Nos termos do artigo 11.º da Lei n.º 52/2014, está sujeito a autorização prévia o reembolso dos cuidados de saúde transfronteiriços cirúrgicos:

(i) que exijam o internamento durante pelo menos uma noite, conforme definido na Portaria n.º 191/2014, de 25 de setembro;

(ii) que exijam recursos a infraestruturas ou equipamentos médicos altamente onerosos e de elevada especialização, conforme definido na Portaria n.º 191/2014, de 25 de setembro;

(iii) que envolvam tratamentos que apresentem um risco especial para o doente ou para a população;

(iv) que sejam prestados por um prestador de cuidados de saúde que, por decisão casuística da entidade competente para apreciação do pedido de autorização prévia, possa suscitar preocupações sérias e específicas quanto à qualidade ou à segurança dos cuidados.

A lista de cuidados sujeitos a autorização prévia, referidas nas alíneas (i) e (ii), foi publicada em anexo à Portaria n.º 191/2014, de 25 de setembro. Assim, estão sujeitas a autorização prévia as situações clínicas que requeiram:

a) Diagnóstico e tratamento de patologias para as quais existam centros de referência reconhecidos oficialmente pelo Ministério da Saúde;

b) Internamento hospitalar, por cirurgia;

c) Internamento hospitalar que resulte em GDH com peso relativo igual ou superior a 2.0, de acordo com a tabela de preços do SNS;

d) Internamento em unidades de cuidados intensivos;

e) Tratamento em unidades especializadas de queimados;

f) Internamento em serviços, departamentos ou hospitais de psiquiatria e saúde mental, em psiquiatria forense;

g) Cirurgia de ambulatório que requeira a colocação de dispositivo médico previsto na codificação publicada pelo INFARMED, excetuando-se as situações de suturas cirúrgicas;

h) Cirurgia de ambulatório que resulte em GDH com peso relativo igual ou superior a 2.0 de acordo com a tabela de preços do Serviço Nacional de Saúde;

i) Procedimentos no âmbito da cirurgia plástica e reconstrutiva;

j) Tratamentos farmacológicos ou com agentes ou produtos biológicos cujo encargo mensal seja superior a 1.500 euros;

k) Tratamento oncológico;

l) Tratamentos com imunossupressores;

m) Radiocirurgia;

n) Transplantação e terapia celular;

o) Diálise renal:

p) Litotrícia renal;

q) Tratamento de incapacidade que necessite para a sua correção de cadeira de rodas motorizada, próteses de membro superior ou inferior com exceção de prótese parcial de mão ou pé, aparelho auditivo ou bitutores;

r) Análises genéticas, incluindo farmacogenética e farmacogenómica;

s) Procriação medicamente assistida;

t) PET/Tomografia por emissão de positrões, câmara gama, tomografia computorizada, câmara gama – TC/ Câmara gama com tomografia computorizada, PET – TC/tomografia por emissão de positrões com tomografia computorizada, PET – RM/tomografia por emissão de positrões com ressonância magnética, SPECT/tomografia computadorizada por emissão de fotões simples;

u) Ressonância magnética;

v) Câmara hiperbárica.

A falta de apresentação do pedido de autorização prévia para a prestação do cuidado de saúde transfronteiriço, ou o indeferimento do pedido de autorização, determinam que o reembolso não é devido pelo Estado Português.

Em termos procedimentais, o pedido de autorização prévia depende de requerimento a apresentar através do portal do utente, junto da unidade hospitalar da área de residência do beneficiário ou da unidade competente de cada região autónoma, dele devendo constar, designadamente, o nome do beneficiário, o número de identificação de cidadão, o número de utente, o número de identificação fiscal, o número de identificação de segurança social, a residência fiscal, a idade e o sexo, o EM de

tratamento e a respetiva unidade prestadora, assim como informação clínica com a indicação da necessidade de realização da prestação dos cuidados de saúde.

A informação clínica constante do requerimento fica sujeita a uma avaliação clínica hospitalar da necessidade de diagnóstico ou de tratamento e de adequação cirúrgica, a realizar no prazo de 20 dias úteis a contar da data da formulação do pedido de autorização prévia, tendo em consideração situações comprovadas de maior urgência clínica. Desta avaliação clínica deve constar a proposta de deferimento ou indeferimento do pedido de autorização prévia.

Importa ainda notar que o requerimento do pedido e o respetivo relatório da avaliação clínica são remetidos pela unidade hospitalar que emitiu o relatório à ACSS, ou aos serviços competentes das regiões autónomas, para apreciação, que emitem resposta ao pedido de autorização prévia no prazo de 15 dias úteis a contar da receção do relatório da avaliação clínica, salvo se a condição clínica do utente exigir resposta num prazo mais curto.

O pedido de autorização prévia pode ser indeferido nos seguintes casos:

a) Se a avaliação clínica indicar, com grau de certeza razoável, que o utente é exposto a um risco de segurança que não possa ser considerado aceitável, tendo em conta o benefício potencial para o doente dos cuidados de saúde transfronteiriços pretendidos;

b) Se existir um grau de certeza razoável para se concluir que a população é exposta a um risco de segurança considerável em resultado dos cuidados de saúde transfronteiriços pretendidos;

c) Se os cuidados de saúde em causa forem ministrados por um prestador de cuidados de saúde que suscite preocupações sérias e específicas quanto ao respeito pelas normas e orientações em matéria de qualidade dos cuidados de saúde e de segurança dos doentes;

d) Se os cuidados de saúde em causa puderem ser prestados em Portugal num prazo útil fundamentado do ponto de vista clínico, tendo em conta o estado de saúde e a evolução provável da doença do doente.

Em caso de dúvida, do ponto de vista clínico, a ACSS ou os serviços competentes das regiões autónomas podem solicitar o parecer da DGS, que deve ser emitido no prazo de cinco dias úteis.

No sentido de eliminar constrangimentos de natureza administrativa associados à emissão de receitas noutro EM que não o EM de afiliação, a Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, prevê, no n.º 1 do artigo 15.º, que "*as receitas médicas emitidas num Estado membro da União Europeia são reconhecidas em Portugal, nos termos da legislação em vigor, caso o medicamento tenha*

autorização ou registo de introdução no mercado nos termos do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto", e que a receita inclua os elementos aí previstos[82].

2.5 – Acesso a cuidados de saúde fora do âmbito do SNS

Fora do âmbito do SNS, o direito de acesso também está sujeito ao cumprimento de normas específicas, em função da relação jurídica estabelecida entre o utente, a entidade responsável pelo pagamento dos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde e a entidade responsável pelo estabelecimento onde estes são prestados.

2.5.1 – Acesso a cuidados de saúde garantido pela ADSE e demais subsistemas públicos

Os subsistemas de saúde públicos são entidades de natureza pública, de base ocupacional, que asseguram o acesso a cuidados de saúde a um conjunto de utentes e/ou comparticipam financeiramente os encargos suportados com serviços de saúde.

Pela sua maior representatividade, salienta-se neste capítulo o subsistema de saúde ADSE, sendo certo que os restantes subsistemas públicos - SAD/PSP, SAD/GNR e ADM - também asseguram o acesso dos seus beneficiários a cuidados de saúde, quer garantindo-lhes o acesso a um conjunto de serviços ou cuidados, regra geral mediante a celebração de acordos ou convenções com prestadores de cuidados de saúde dos setores privado, social ou cooperativo (regime convencionado), quer mediante um mecanismo de reembolso de despesas com a aquisição de serviços de saúde em entidades não convencionadas (regime livre), para além de garantirem o acesso a serviços próprios (serviços de saúde militar) e a serviços prestados em estabelecimentos do SNS (cfr. artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro, e artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro).

Uma vez que os subsistemas públicos de saúde se assumem como complementares e não substitutivos face ao SNS, os seus beneficiários não deixam de ser beneficiários do SNS, gozando

[82] Para facilitar este processo, o Despacho n.º 11042-F/2014, de 29 de agosto, aprovou o modelo de receita médica passível de reconhecimento em qualquer EM da UE, nos termos do n.º 2 do artigo 15.º da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, e o Despacho n.º 11778/2014, de 22 de setembro, determinou que as receitas médicas de dispositivos médicos prescritas noutro Estado membro da União Europeia são reconhecidas em Portugal caso reúnam os requisitos estipulados, nos termos da alínea b) do n.º 4 do artigo 15.º da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto.

assim de uma dupla cobertura. Na verdade, qualquer utente beneficiário do SNS que se dirija ao SNS, independentemente de ser também beneficiário de um subsistema público de saúde, goza dos mesmos direitos e está obrigado ao cumprimento dos mesmos deveres que qualquer outro utente do SNS, no estrito cumprimento do direito de acesso universal ao SNS.

Deste modo, os utentes beneficiários de qualquer subsistema público de saúde gozam do direito de acesso à prestação de cuidados de saúde, quer nos estabelecimentos do SNS e entidades privadas convencionadas com o SNS, na qualidade de beneficiários do SNS, quer nos estabelecimentos que detenham convenção com o seu subsistema de saúde (ou, no caso da ADM, em estabelecimentos próprios, como sucede com os hospitais militares) e, bem assim, nos demais estabelecimentos de saúde dos setores privado, cooperativo e social, mediante um regime de reembolso de despesas suportadas pelos beneficiários.

Nos estabelecimentos abrangidos por convenções celebradas com subsistemas públicos, os seus beneficiários têm o direito a ser atendidos nessa mesma qualidade, em tempo útil, sem serem sujeitos a qualquer tipo de discriminação face a outros utentes, e mediante o respeito pelos preços definidos nas convenções. Nestes casos, os beneficiários de subsistemas suportam apenas uma parte do custo dos cuidados prestados, cujo montante se encontra expressamente previsto na convenção, usufruindo também das isenções estabelecidas pelo seu subsistema.

O Decreto-Lei n.º 45002, de 27 de abril de 1963, procedeu à criação de um esquema de assistência na doença, designado "*Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado*", destinado a promover gradualmente a prestação de assistência em todas as formas de doença aos funcionários dos serviços civis do Estado, e abrangendo, nos termos do regulamento da ADSE aprovado pelo Decreto n.º 45688, de 27 de abril de 1964, as modalidades de assistência médica e cirúrgica, materno-infantil, de enfermagem e medicamentosa. Esse diploma estabelecia já que uma tal assistência na doença fosse assegurada mediante a celebração de acordos com estabelecimentos e serviços oficiais ou particulares.

O regime da ADSE veio a ser alterado por diversas vezes, tendo esta entidade sido transformada em instituto público através do Decreto-Lei n.º 7/2017, de 9 de janeiro. Nos termos do disposto no artigo 1.º do referido diploma, "*O Instituto de Proteção e Assistência na Doença, I. P. abreviadamente designado por ADSE, I. P., é um instituto público de regime especial e de gestão participada, nos termos da lei e do presente Decreto-Lei, integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa e financeira e património próprio*.".

A ADSE tem por missão assegurar a proteção aos seus beneficiários nos domínios da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação, e prossegue as seguintes atribuições:

a) Organizar, implementar, gerir e controlar o sistema de benefícios de saúde dos seus beneficiários;

b) Celebrar os acordos, convenções, contratos e protocolos que interessem ao desempenho da sua missão e acompanhar o cumprimento dos mesmos;

c) Administrar as receitas no respeito pelo princípio da boa administração;

d) Desenvolver e implementar mecanismos de controlo inerentes à atribuição de benefícios;

e) Aplicar aos beneficiários as sanções previstas na lei quando se detetem infrações às normas e regulamentos da ADSE;

f) Proceder à gestão dos benefícios a aplicar no domínio da proteção social dos seus beneficiários;

g) Desenvolver e implementar mecanismos de combate à fraude.

Cada convenção para a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários de subsistemas públicos de saúde estabelece as suas próprias condições. No caso da ADSE, e de acordo com a minuta-tipo de convenção, disponibilizada na página de endereço eletrónico da ADSE[83], recaem sobre os estabelecimentos por ela abrangidos as seguintes obrigações gerais:

"*a) Realizar as prestações de cuidados de saúde aos beneficiários do Primeiro Outorgante, nos termos e condições estabelecidos na presente Convenção;*

b) Manter atualizada a informação de identificação do Segundo Outorgante na área autenticada da ADSE Direta.

c) Observar os requisitos e normas técnicas estabelecidas pelas entidades competentes, nomeadamente do Ministério da Saúde, conexas com as suas instalações e equipamentos, bem como a respeitar as disposições legais e regulamentares aplicáveis ao exercício da sua atividade;

d) Observar e manter, durante a vigência da Convenção, os requisitos de idoneidade identificados no procedimento de candidatura;

e) Cumprir os parâmetros de controlo de qualidade de serviços e de técnicas, designadamente, as disposições dos manuais de boas práticas aplicáveis às suas áreas de atividade;

[83] Em https://www2.adse.pt/wp-content/uploads/2019/07/ADSE_Minuta_tipo_de_convencao_20190724.pdf.

f) Não proceder a qualquer faturação dos cuidados de saúde identificados no Anexo I em desrespeito pelos preços e regras que constam da Tabela de Preços, exceto, em casos devidamente identificados e autorizados pela ADSE, quando forem prestados atos que ultrapassam os limites anuais estabelecidos para cada beneficiário na Tabela de Preços." – cfr. cláusula 7.ª;

Mais incidem sobre os prestadores abrangidos pela convenção as seguintes obrigações específicas, sem prejuízo de outras previstas na legislação aplicável:

"*a) Prestar cuidados de saúde de qualidade e com segurança, em tempo útil, nas melhores condições de atendimento, não discriminando os beneficiários do Primeiro Outorgante face aos restantes utentes;*

b) Executar, integral e pontualmente, as prestações contratuais em cumprimento do convencionado;

c) Não ceder a favor de terceiros quaisquer direitos ou obrigações decorrentes da Convenção, sem prejuízo do disposto no número 6 da cláusula 3.ª;

d) Disponibilizar, quando solicitado, os relatórios médicos e os dados de saúde dos beneficiários do Primeiro Outorgante em conexão com cuidados de saúde prestados, ou a prestar, obtendo para o efeito a prévia autorização do beneficiário, quando necessário;

e) Prestar a informação solicitada no âmbito de ações de fiscalização, bem como os esclarecimentos necessários, facultando o acesso a todos os registos e documentação comprovativa da prestação de cuidados, nas vertentes física e clínica, financeira e níveis de serviço observados;

f) Divulgar junto dos beneficiários a informação que para o efeito lhe for enviada pelo Primeiro Outorgante;

g) Respeitar os protocolos, requisitos e especificações técnicas para recolha, tratamento e transmissão de informação definidas contratualmente;

h) Garantir o cumprimento das disposições legais em matéria de proteção de dados pessoais;

i) Garantir o cumprimento das disposições legais vertidas no Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto e na Portaria n.º 287/2012, de 20 de setembro, alterada pela Portaria n.º 136-B/2014, de 3 de Julho, e ainda de quaisquer normativos que revoguem ou modifiquem, total ou parcialmente, qualquer um dos referidos diplomas;

j) Não interromper a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do Primeiro Outorgante durante o período de vigência da convenção." – cfr. cláusula 8.ª.

Por outro lado, sempre que, nos termos da tabela de preços aplicável, impendam sobre os beneficiários da ADSE encargos relacionados com as prestações de saúde a realizar pelo prestador convencionado, deve o pagamento de tais encargos ser diretamente realizado perante este último (cfr. cláusula 8.ª, n.º 2 da minuta-tipo do contrato de convenção).

Ademais, o prestador deve submeter, obrigatoriamente, informação sobre os atos praticados ao abrigo de convenção com a ADSE, através das plataformas *online* disponibilizadas por esta, no prazo máximo de sete dias corridos após a data de prestação do ato ou serviço ou a data da alta do internamento (cfr. cláusula 8.ª, n.º 6 da minuta-tipo do contrato de convenção).

Por fim, importa ainda referir que, nos termos das alíneas b) do artigo 10.º e a) e b) do artigo 12.º dos Estatutos da ERS, incumbe a esta Entidade:

a) Assegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados;

b) Prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados.

Nesse contexto, nos termos da alínea b) do n.º 2 do artigo 61.º dos referidos Estatutos, constitui contraordenação, punível com coima de 1000 € a 3740,98 € ou de 1500 € a 44 891,81 €, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva, a violação das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde, tais como a violação da igualdade e universalidade no acesso ao SNS, a violação de regras estabelecidas em lei ou regulamentação e que visem garantir e conformar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde, bem como, práticas de rejeição ou discriminação infundadas, em estabelecimentos públicos, publicamente financiados, ou contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas e subsistemas públicos de saúde ou equiparados.

2.5.2 – Acesso a cuidados de saúde garantido por subsistemas privados

Os subsistemas privados de saúde são entidades de natureza privada, de base ocupacional, que asseguram prestações de saúde a um conjunto de utentes e/ou comparticipam financeiramente as despesas suportadas por estes no acesso a cuidados de saúde. São mecanismos de solidariedade intragrupal (de matriz profissional ou de empresa), contrapondo-se, desde logo, aos seguros privados, cuja adesão não se encontra, por definição, restrita a um determinado grupo.

Atento o seu âmbito subjetivo de aplicação, os subsistemas são entidades financiadas pelos respetivos beneficiários, através de descontos que incidem sobre os seus vencimentos, ou por terceiros, designadamente pelas entidades patronais ou instituições onde os beneficiários exercem as suas funções. Através de tais subsistemas, os beneficiários poderão ter acesso a cuidados de saúde prestados em serviços dos próprios subsistemas, à prestação de cuidados de saúde por entidades com as quais tenham sido celebrados acordos ou convenções (regime convencionado), e à prestação de cuidados de saúde em quaisquer outras entidades, no âmbito do vulgarmente designado de regime livre.

2.5.3 – Acesso a cuidados de saúde garantido por seguros de saúde

O contrato de seguro é um instrumento mediante o qual uma pessoa transfere para outra o risco da eventual verificação de um determinado dano (sinistro), na esfera própria ou alheia, mediante o pagamento da correspondente remuneração (prémio); e nos contratos de seguro de saúde, atento o disposto no artigo 213.º do Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril, o segurador cobre riscos relacionados com a prestação de cuidados de saúde.

Existem diferentes tipos de seguros de saúde[84]: voluntários ou obrigatórios; individuais ou de grupo; e de prestações convencionadas, de prestações indemnizatórias ou de combinações de ambas.

O seguro de saúde surge como exemplo paradigmático dos contratos de seguro voluntários ou facultativos, na medida em que a sua celebração não é, regra geral, legalmente obrigatória. No entanto, alguns seguros de saúde têm caráter obrigatório, como acontece, nomeadamente, quanto

[84] Cfr. o estudo realizado pela ERS, sobre "*Os seguros de saúde e o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde*", de 2015, disponível para consulta em https://www.ers.pt/media/a1jc1hry/file-51.pdf.

aos nacionais de outros EM da União Europeia que pretendam residir em Portugal, nos termos da alínea b) do n.º 1 do artigo 7.º da Lei n.º 37/2006, de 9 de agosto (em condições de reciprocidade com o Estado da nacionalidade), e quanto aos agentes desportivos, praticantes de atividades desportivas em infraestruturas desportivas abertas ao público e participantes em provas ou manifestações desportivas, nos termos Decreto-Lei n.º 10/2009, de 12 de janeiro.

O contrato de seguro de saúde pode ser também classificado como individual ou de grupo, consoante seja celebrado relativamente a uma pessoa ou a um conjunto de pessoas ligadas entre si e ao tomador de seguro, por um vínculo ou interesse comum, respetivamente. Um exemplo de seguro de saúde de grupo é aquele em que o tomador de seguro é uma empresa e os segurados são os trabalhadores da empresa.

Por último, nos termos da alínea b) do artigo 8.º da Lei n.º 147/2015, de 9 de setembro, os seguros de saúde são ainda considerados como seguros "não vida", ramo de "Doença", compreendendo as modalidades de prestações convencionadas, prestações indemnizatórias, e combinações dos dois tipos de prestações:

(i) no regime de prestações convencionadas ou sistema de assistência, o segurador dispõe de uma rede de prestadores de cuidados de saúde (rede convencionada) aos quais o segurado recorre, suportando a parte dos custos que os termos do seu contrato de seguro determinar, e ficando o remanescente a cargo da entidade seguradora, que o liquidará diretamente ao prestador, em prazo e montante previamente fixados na convenção celebrada entre ambos; a modalidade de assistência caracteriza-se, assim, por ser um sistema integrado de seguro com prestação direta de cuidados de saúde, mediante o estabelecimento de uma relação direta entre o segurador, os diferentes prestadores de cuidados de saúde e segurados;

(ii) no regime de prestações indemnizatórias ou sistema de reembolso, o segurado escolhe livremente o prestador a que pretende recorrer e paga a totalidade das despesas com os cuidados de saúde recebidos, sendo posteriormente reembolsado de uma parte delas pelo segurador; não há, neste regime, o estabelecimento de qualquer relação, direta ou indireta, entre o segurador e os diferentes prestadores de cuidados de saúde;

(iii) por fim, o regime de sistema misto combina os dois regimes *supra* aludidos.

A exemplo do que também sucede quanto aos subsistemas, na relação que se estabelece entre prestador e utente segurado são sempre invocáveis, para além do que estiver previsto no regime contratual inerente ao seguro de saúde, os direitos e interesses dos utentes resultantes do quadro legal e geral que visa proteger os mesmos, enquanto utentes de serviços de saúde.

Uma vez que, tal como os subsistemas públicos de saúde, os subsistemas privados de saúde e os seguros de saúde se assumem como complementares e não substitutivos face ao SNS, os seus beneficiários não deixam de ser beneficiários do SNS, gozando assim de uma dupla cobertura. Na verdade, qualquer utente beneficiário do SNS que se dirija ao SNS, independentemente de ser também beneficiário de um subsistema privado de saúde ou de um seguro de saúde, goza dos mesmos direitos e está obrigado ao cumprimento dos mesmos deveres que qualquer outro utente do SNS, no estrito cumprimento do direito fundamental previsto na CRP, de acesso universal e equitativo ao SNS.

Por fim, importa referir que a LBS, na sua Base 27, contempla um conjunto de deveres de informação sobre seguros de saúde. Destinado às seguradoras, o n.º 1 da referida Base refere que "*A subscrição de um seguro ou plano de saúde deve ser precedida da prestação, pelo segurador, de informação, clara e inteligível quanto às condições do contrato, em especial no que diz respeito ao âmbito, exclusões e limites da cobertura, incluindo informação expressa quanto à eventual interrupção ou descontinuidade de prestação de cuidados de saúde caso sejam alcançados os limites de capital seguro contratualmente estabelecidos.*". O n.º 2, por sua vez, tem como destinatários os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, os quais "*informam as pessoas sobre os custos a suportar pela prestação de cuidados de saúde ao abrigo de seguros e planos de saúde, incluindo os da totalidade da intervenção proposta, salvo quando justificadamente não dispuserem dos elementos necessários à prestação dessa informação.*". Estas informações passam, assim, a integrar o conjunto de informações que tais estabelecimentos estão obrigados a prestar aos utentes, em momento prévio ao da prestação de cuidados de saúde, para que os mesmos sejam devidamente esclarecidos para poderem tomar uma decisão livre – ou seja, para consentirem ou recusarem os cuidados de saúde propostos.

Importa ainda fazer uma breve referência aos planos e cartões de saúde, que consubstanciam realidades distintas dos seguros de saúde e assentam, por isso, em diferentes características. Em todas estas modalidades de financiamento dos cuidados de saúde, existe uma relação contratual entre uma empresa, enquanto entidade proprietária e/ou promotora do plano/seguro de saúde, o aderente que subscreve o plano/seguro de saúde (beneficiário/segurado e eventualmente ainda outros beneficiários/segurados do seu agregado familiar) e os prestadores de cuidados de saúde que integram ou aderem a uma rede ou diretório clínico (prestadores aderentes). Porém, no caso dos planos e cartões de saúde, o titular é o único responsável pelo pagamento dos cuidados de saúde que lhe são prestados, não havendo comparticipação associada por parte de uma entidade terceira. O acesso é garantido pelo próprio titular e está dependente da sua capacidade financeira, sendo certo que o plano de saúde contratado lhe oferece benefícios assentes no preço e/ou nos

cuidados de saúde a que pode aceder. A entidade que emite, promove, explora e/ou comercializa o plano de saúde pode ser uma entidade bancária (que, simultânea e habitualmente, surge como mediadora de seguros), uma entidade seguradora ou mesmo uma entidade responsável por estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

2.5.4 – Acesso a cuidados de saúde financiados pelo próprio utente

Fora do âmbito do SNS, de subsistemas ou seguros de saúde, o acesso a estabelecimentos dos setores privado, social ou cooperativo é efetuado em conformidade com o princípio da liberdade contratual, consagrado no artigo 405.º do Código Civil, mediante a contraprestação (preço) que vier a ser acordada entre as partes. O utente acede a cuidados de saúde no âmbito de uma relação contratual - contrato de prestação de serviços de cuidados de saúde - em que a liberdade de celebração do contrato, bem como da sua conformação concreta é, dentro dos limites da lei, deixada à vontade contratual das partes.

Neste enquadramento, os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde devem garantir o respeito pelos direitos dos utentes e o cumprimento das demais regras vigentes no ordenamento jurídico.

2.6 – A igualdade no acesso aos cuidados de saúde

Independentemente da qualidade em que o utente acede aos cuidados de saúde ou da entidade responsável pelo seu financiamento ou encargos, o legislador constituinte consagrou na CRP princípios basilares de um regime democrático, que devem ser respeitados: os princípios da universalidade e da igualdade.

De acordo com o n.º 1 do artigo 12.º da CRP, o princípio da universalidade implica o reconhecimento de que todos os cidadãos gozam dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição. Por sua vez, o princípio da igualdade, previsto no artigo 13.º da CRP sublinha que todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei (n.º 1 do artigo 13.º) e que ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião,

convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual (n.º 2 do artigo 13.º).

Face à existência de desigualdades – sejam elas físicas, económicas, sociais, geográficas, culturais ou outras –, não basta que se verifique uma mera igualdade formal perante a lei, tornando-se necessário que o Estado e a sociedade criem e recriem as suas instituições, para que todo e qualquer cidadão possa, em iguais condições e circunstâncias, usufruir dos direitos e cumprir os deveres consagrados na Constituição. Por isso, a CRP proíbe, no n.º 2 do seu artigo 13.º, que sejam concedidos privilégios, benefícios ou discriminações em função das categorias aí identificadas, impondo ao Estado, à sociedade e a todos os cidadãos, a obrigação de proteger qualquer pessoa contra tais discriminações.

De referir ainda que, nos termos do n.º 1 do artigo 15.º da CRP, "*Os estrangeiros e os apátridas que se encontrem ou residam em Portugal gozam dos direitos e estão sujeitos aos deveres do cidadão português*", excetuando-se, de acordo com o n.º 2 do mesmo artigo, "*os direitos políticos, o exercício das funções públicas que não tenham carácter predominantemente técnico e os direitos e deveres reservados pela Constituição e pela lei exclusivamente aos cidadãos portugueses*.".

Neste contexto, os princípios fundamentais da universalidade e igualdade devem ser respeitados também no âmbito do direito à proteção da saúde, consagrado no artigo 64.º da CRP. E são também estes princípios que devem nortear a própria política de saúde do Estado, em conformidade com o que dispõe a LBS, que na alínea d) do n.º 2 da sua Base 4 refere o seguinte: "*São fundamentos da política de saúde:* […] *A igualdade e a não discriminação no acesso a cuidados de saúde de qualidade em tempo útil, a garantia da equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços e a adoção de medidas de diferenciação positiva de pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade;* […]".

Esta preocupação também ficou vertida na CDHB, em cujo artigo 1.º se afirma que "*As Partes na presente Convenção protegem o ser humano na sua dignidade e na sua identidade e garantem a toda a pessoa, sem discriminação, o respeito pela sua integridade e pelos seus outros direitos e liberdades fundamentais face às aplicações da biologia e da medicina.* […]" e, no artigo 11.º, sob a epígrafe "*Não discriminação*", que "*É proibida toda a forma de discriminação contra uma pessoa em virtude do seu património genético.*".

Tais princípios foram efetivamente transpostos para a LBS. Nos termos do n.º 1 da sua Base 2, todas as pessoas têm direito à proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade (alínea a)); a escolher livremente a entidade prestadora de cuidados de saúde, na medida dos recursos existentes (alínea c)); e a ser

acompanhadas por familiar ou outra pessoa por si escolhida e a receber assistência religiosa e espiritual (alínea h)). Por sua vez, nos termos do n.º 2 da referida Base 2, as pessoas com deficiência têm direito às adaptações necessárias para a efetivação dos direitos elencados no n.º 1.

A respeito da aplicação do princípio da igualdade à prestação de cuidados de saúde, importa clarificar que a ERS teve já que exercer os seus poderes regulatórios em diversas situações em que utentes do SNS ou de subsistemas públicos, denunciaram a existência de maior tempo de espera para a prestação de cuidados de saúde em entidades convencionadas com o SNS ou com tais subsistemas, face a utentes de outros subsistemas, de seguros de saúde ou particulares, facto que evidencia uma situação de discriminação de utentes em função da entidade responsável pelo pagamento dos cuidados de saúde. Tais intervenções da ERS tiveram por fundamento o dever constitucional, legal e contratual de não discriminação de utentes, que impõe que todo o atendimento deve ser feito pela ordem de chegada e por critérios clínicos, e não segundo critérios tendentes a introduzir limitações por período de tempo e consulta, tratamento ou exame a realizar, em função da entidade responsável pelo pagamento dos serviços de saúde a prestar. Também de acordo com a alínea b) do n.º 1 da Base 2 da LBS, todas as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde. No mesmo sentido, prevê a alínea a) do artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro - diploma que estabelece o regime jurídico das convenções que tenham por objeto a realização de prestações de cuidados de saúde aos utentes do SNS -, que as entidades responsáveis por estabelecimentos abrangidos por convenções têm o dever de prestar cuidados de saúde de qualidade e com segurança aos utentes do SNS, em tempo útil, nas melhores condições de atendimento, sem estabelecer qualquer tipo de discriminação.

Mas o respeito pelo princípio da igualdade não se impõe apenas, como já referido, na esfera do SNS ou dos subsistemas públicos de saúde. Efetivamente, o conceito e sentido ínsito deste princípio fundamental é transversal, sendo que a sua vertente negativa (dever de não discriminação) assenta no comando constitucional de "*Ninguém pode*[r] *ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual*" – cfr. número 2 do artigo 13.º da CRP.

E se é certo que, tradicionalmente, este princípio da igualdade surge, em primeiro lugar, enquanto resultado da imposição da igual dignidade social e da igualdade dos cidadãos perante a Lei, o mesmo "[...] *tem a ver fundamentalmente com a igual posição em matéria de direitos e deveres* [...]

Essencialmente, ele consiste em duas coisas: proibição de privilégios ou benefícios no gozo de qualquer direito ou na isenção de qualquer dever; proibição de prejuízo ou detrimento na privação de qualquer direito ou na imposição de qualquer dever"[85]. Este princípio da igualdade pauta as relações estabelecidas entre os cidadãos e o Estado, *lato sensu*, mas "*pode ter também como destinatários os próprios particulares nas relações entre si (eficácia horizontal do princípio da igualdade.)*"[86].

Por outro lado, deve ter-se presente que "*O sentido primário da fórmula constitucional é negativo: consiste na vedação de privilégios e de discriminações. Privilégios são situações de vantagem não fundadas e discriminações situações de desvantagem:* [...] *discriminações positivas são situações de vantagens fundadas* [...]"[87]. E se por discriminação se entende a "[...] *acção de isolar ou tratar diferentemente certos indivíduos ou um grupo em relação a outros*"[88], uma ação será contrária ao princípio da igualdade, quando vise ou tenha por efeito colocar indivíduos ou grupos em situação de desvantagem face a outros. Note-se que este sentido negativo do princípio da igualdade (isto é, a proibição de discriminação), constitui um direito fundamental dos cidadãos: "*A todos são reconhecidos os direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e reputação, à imagem, à palavra, à reserva da intimidade da vida privada e familiar e à proteção legal contra quaisquer formas de discriminação*." – cfr. n.º 1 do artigo 26.º da CRP. Estando incluída no catálogo constitucional de direitos, liberdades e garantias pessoais, a proibição de discriminação goza de especial relevância e proteção decorrente do facto de os preceitos constitucionais respeitantes aos direitos, liberdades e garantias serem diretamente aplicáveis e vincularem as entidades públicas e privadas – cfr. n.º 1 do artigo 18.º da CRP.

De todo o exposto resulta que qualquer discriminação, para ser legalmente admissível, terá de ser fundada em razões objetivas e, neste conspecto, se a urgência clínica poderá certamente ser um critério de preferência no acesso aos cuidados de saúde, já questões como, por exemplo, a entidade financiadora, a proveniência do utente, a sua religião, a cor da sua pele, o seu género ou a sua orientação sexual, não poderão fundamentar um tratamento diferenciado no acesso a cuidados de saúde.

Em contrapartida, medidas de ação ou discriminação positivas são permitidas pela CRP, quando se destinam a proteger pessoas que se encontrem em situação desfavorável, sobretudo no que diz

[85] Cfr. Constituição da República Portuguesa Anotada, J.J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, Coimbra Editora, Vol. I, 2007, p. 338.
[86] Cfr. Constituição da República Portuguesa Anotada, J.J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, cit., p. 346.
[87] Cfr. Constituição Portuguesa Anotada, Jorge Miranda e Rui Medeiros, Coimbra Editora, Tomo I, 2005, p. 120.
[88] Cfr. Dicionário da Língua Portuguesa, Porto Editora, 8.ª Ed.

respeito ao exercício do direito de acesso a cuidados de saúde – pense-se, a título de exemplo, nas medidas destinadas a cidadãos portadores de deficiência - promovendo, assim, a correção dos efeitos dessas desigualdades.

No plano internacional, a Declaração de Direitos das Pessoas Deficientes, aprovada pela Assembleia Geral da ONU em 9 de dezembro de 1975, proclamava no seu n.º 1 que o termo "*pessoa com deficiência*" é aplicável a qualquer pessoa que não possa, por si só, responder total ou parcialmente à exigência da vida corrente, individual e/ou coletiva, por motivo de qualquer insuficiência, congénita ou adquirida, das suas capacidades físicas ou mentais. Por sua vez, no seu n.º 6 prevê-se que "*As pessoas com deficiência têm direito a tratamento médico, psicológico e funcional, incluindo próteses e ortóteses, à reabilitação médica e social, à educação, educação vocacional e reabilitação, assistência, aconselhamento, serviços de colocação e outros serviços que lhes possibilitem desenvolver ao máximo as suas capacidades e aptidões e a acelerar o processo da sua integração social*.".

No que se refere ao plano nacional, destaca-se o disposto no artigo 71.º da CRP, segundo o qual:

> "*1. Os cidadãos portadores de deficiência física ou mental gozam plenamente dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição, com ressalva do exercício ou do cumprimento daqueles para os quais se encontrem incapacitados.*
>
> *2. O Estado obriga-se a realizar uma política nacional de prevenção e de tratamento, reabilitação e integração dos cidadãos portadores de deficiência e de apoio às suas famílias, a desenvolver uma pedagogia que sensibilize a sociedade quanto aos deveres de respeito e solidariedade para com eles e a assumir o encargo da efectiva realização dos seus direitos, sem prejuízo dos direitos e deveres dos pais ou tutores.*
>
> *3. O Estado apoia as organizações de cidadãos portadores de deficiência*.".

Importa também referir, a este propósito, o regime previsto na Lei n.º 38/2004, de 18 de agosto, diploma que define as bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência, e segundo o qual se considera pessoa com deficiência aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresente dificuldades específicas suscetíveis de, em conjugação com os fatores do meio, lhe limitar ou dificultar a atividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas. Atento o n.º 2 do artigo 6.º, a pessoa com deficiência deve beneficiar de medidas de ação positiva com o objetivo de garantir o exercício dos seus direitos e deveres, corrigindo uma situação factual de desigualdade que persista na vida social.

Também neste âmbito, foi publicado o Decreto-Lei n.º 74/2007, de 27 de março, que consagra o direito de acesso das pessoas com deficiência acompanhadas de cães de assistência a locais, transportes e estabelecimentos de acesso público. Para concretizar o exercício deste direito, nos termos da alínea g) do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 74/2007, "*O cão de assistência quando acompanhado por pessoa com deficiência ou treinador habilitado pode aceder a locais, transportes e estabelecimentos de acesso público, designadamente:* […] *g) Estabelecimentos de saúde, públicos ou privados;*". Nos termos do n.º 1 do artigo 3.º do diploma em apreço, "*O direito de acesso previsto no artigo anterior não implica qualquer custo suplementar para a pessoa com deficiência e prevalece sobre quaisquer proibições ou limitações que contrariem o disposto no presente decreto-lei, ainda que assinaladas por placas ou outros sinais distintivos.*".

Ainda no que respeita ao acesso, e em especial ao acesso a instalações, o Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de agosto, prevê várias ações destinadas a garantir os direitos das pessoas com necessidades especiais (e das quais fazem parte pessoas com mobilidade condicionada, isto é, pessoas em cadeiras de rodas, pessoas incapazes de andar ou que não conseguem percorrer grandes distâncias, pessoas com dificuldades sensoriais, tais como as pessoas cegas ou surdas, e ainda aquelas que, em virtude do seu percurso de vida, se apresentam transitoriamente condicionadas, como as grávidas, as crianças e os idosos), instituindo as condições de acessibilidade a satisfazer no projeto e na construção de espaços públicos, equipamentos coletivos e edifícios públicos e habitacionais, edifícios, estabelecimentos e equipamentos de utilização pública e via pública, abrangendo expressamente estabelecimentos onde são prestados cuidados de saúde.

Também a este respeito, importa referir o regime instituído pelo Decreto-Lei n.º 93/2009, de 16 de abril, que aprova o sistema de atribuição de produtos de apoio a pessoas com deficiência e a pessoas com incapacidade temporária. Considerando o disposto no seu artigo 5.º, "*Constituem objectivos do SAPA* [Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio] *a realização de uma política global, integrada e transversal de resposta às pessoas com deficiência ou com incapacidade temporária de forma a compensar e atenuar as limitações de actividade e restrições de participação decorrentes da deficiência ou incapacidade temporária através, designadamente:*

a) Da atribuição de forma gratuita e universal de produtos de apoio;

b) Da gestão eficaz da sua atribuição mediante, designadamente, a simplificação de procedimentos exigidos pelas entidades e a implementação de um sistema informático centralizado;

c) Do financiamento simplificado dos produtos de apoio."

Ainda no que diz respeito ao acesso a serviços, assume especial importância o regime instituído pelo Decreto-Lei n.º 58/2016, de 29 de agosto, sobre a obrigatoriedade de prestar atendimento prioritário às pessoas com deficiência ou incapacidade, pessoas idosas, grávidas e pessoas acompanhadas de crianças de colo, para todas as entidades públicas e privadas que prestem atendimento presencial ao público[89].

De referir, porém e tal como acima se expôs, que em relação a estabelecimentos que prestam cuidados de saúde, a prioridade no atendimento deve ser definida em função de condições clínicas dos utentes – veja-se o exemplo de um utente a quem, em função do problema de saúde que apresenta, é reconhecida prioridade no atendimento no serviço de urgência de uma unidade de saúde, em detrimento de outros utentes que, eventualmente, tenham chegado primeiro, mas cuja situação clínica é menos grave.

Neste sentido, e não obstante o referido Decreto-Lei n.º 58/2016 se aplicar a todas as pessoas, públicas e privadas, singulares e coletivas, que prestem atendimento presencial ao público, nos termos da alínea a) do n.º 2 do seu artigo 2.º, "*Excluem-se do âmbito de aplicação do presente decreto-lei: a) As entidades prestadoras de cuidados de saúde quando, atendendo à natureza dos serviços prestados designadamente, por estar em causa o direito à proteção da saúde e do acesso à prestação de cuidados de saúde, a ordem do atendimento deva ser fixada em função da avaliação clínica a realizar, impondo-se a obediência a critérios distintos dos previstos no presente decreto-lei;* […]".

Por sua vez, prevê a Lei n.º 15/2014, no artigo 4.º-A:

> "*1 - Em relação a utentes com um quadro clínico de gravidade e complexidade idênticas, deve ser dada prioridade de atendimento às pessoas com deficiência ou incapacidade igual ou superior a 60 %.*
>
> *2 - O disposto no número anterior não se aplica às situações de atendimento presencial ao público realizado através de marcação prévia.*".

Já no diz respeito ao acesso a serviços administrativos que estejam a funcionar nos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, deverá ser observado o disposto no Decreto-Lei n.º 58/2016, com exceção de situações de atendimento presencial ao público realizado através de serviços de marcação prévia, nos termos do n.º 3 do seu artigo 2.º. Assim, e com exceção do acesso a cuidados de saúde e a atendimento através de marcação prévia, todas as pessoas,

[89] Cfr., sobre esta temática, o Alerta da ERS, de 29 de novembro de 2018, a propósito de "*informação sobre atendimento prioritário*".

públicas e privadas, singulares e coletivas, devem atender com prioridade sobre as demais pessoas, nos termos do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 58/2016:

> a) Pessoas com deficiência ou incapacidade (que, por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresente dificuldades específicas suscetíveis de, em conjugação com os fatores do meio, lhe limitar ou dificultar a atividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas e que possua um grau de incapacidade igual ou superior a 60% reconhecido em atestado multiúsos)
>
> b) Pessoas idosas (que tenha idade igual ou superior a 65 anos e apresente evidente alteração ou limitação das funções físicas ou mentais)
>
> c) Grávidas; e
>
> d) Pessoas acompanhadas de crianças de colo (aquela que se faça acompanhar de criança até aos dois anos de idade).

Nos termos do artigo 4.º do diploma referido, em caso de conflito de direitos de atendimento preferencial ou prioritário, o atendimento faz-se por ordem de chegada de cada titular do direito de atendimento preferencial ou prioritário.

Para assegurar o respeito pelo princípio da igualdade, foram ainda criados alguns regimes jurídicos específicos, destinados a prevenir e punir comportamentos discriminatórios. É o caso da Lei n.º 46/2006, de 28 de agosto, que proíbe e pune a discriminação em razão da deficiência e da existência de risco agravado de saúde[90] e que vincula todas as pessoas singulares e coletivas, públicas ou privadas[91]. O artigo 4.º da Lei n.º 46/2006 considera, como práticas discriminatórias contra pessoas com deficiência e, por isso, proibidas, as ações ou omissões que, em razão da deficiência, violem o princípio da igualdade, designadamente:

> "*a) A recusa de fornecimento ou o impedimento de fruição de bens ou serviços;*
>
> […]

[90] Nos termos da alínea c) do artigo 3.º da Lei n.º 46/2006, de 28 de agosto, entende-se por "*Pessoas com risco agravado de saúde*", pessoas que sofrem de toda e qualquer patologia que determine uma alteração orgânica ou funcional irreversível, de longa duração, evolutiva, potencialmente incapacitante, sem perspetiva de remissão completa e que altere a qualidade de vida do portador a nível físico, mental, emocional, social e económico e seja causa potencial de invalidez precoce ou de significativa redução de esperança de vida.

[91] Atento o n.º 2 do artigo 2.º da Lei n.º 46/2006, de 28 de agosto, o regime instituído neste diploma não prejudica a vigência e a aplicação das disposições de natureza legislativa, regulamentar ou administrativa que beneficiem as pessoas com deficiência com o objetivo de garantir o exercício, em condições de igualdade, dos direitos nela previstos.

d) A recusa ou o impedimento da utilização e divulgação da língua gestual;

e) A recusa ou a limitação de acesso ao meio edificado ou a locais públicos ou abertos ao público;

f) A recusa ou a limitação de acesso aos transportes públicos, quer sejam aéreos, terrestres ou marítimos;

g) A recusa ou a limitação de acesso aos cuidados de saúde prestados em estabelecimentos de saúde públicos ou privados;

[…]

j) A adopção de prática ou medida por parte de qualquer empresa, entidade, órgão, serviço, funcionário ou agente da administração directa ou indirecta do Estado, das Regiões Autónomas ou das autarquias locais, que condicione ou limite a prática do exercício de qualquer direito;

l) A adopção de acto em que, publicamente ou com intenção de ampla divulgação, pessoa singular ou colectiva, pública ou privada, emita uma declaração ou transmita uma informação em virtude da qual um grupo de pessoas seja ameaçado, insultado ou aviltado por motivos de discriminação em razão da deficiência;

m) A adopção de medidas que limitem o acesso às novas tecnologias."

Nos termos do artigo 7.º da Lei n.º 46/2006, a prática de qualquer ato discriminatório contra pessoa com deficiência confere-lhe o direito a uma indemnização, por danos patrimoniais e não patrimoniais, nos termos gerais e, atento o disposto no artigo 9.º, faz incorrer o infrator numa contraordenação, punível com coima graduada entre cinco e dez vezes ou vinte e trinta vezes o valor da retribuição mínima mensal garantida, consoante se trate de uma pessoa singular ou coletiva, respetivamente, podendo ainda ser aplicadas as sanções acessórias elencadas no artigo 10.º, tais como interdição do exercício de profissões ou atividades, privação do direito a subsídio ou benefício outorgado por entidades ou serviços públicos, encerramento de estabelecimento cujo funcionamento esteja sujeito a autorização licença de autoridade administrativa ou suspensão de autorizações, licenças e alvarás, entre outras.

Quando o regime previsto na Lei n.º 46/2006 não for cumprido por estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, a ERS é a entidade com competência para a instrução dos processos de contraordenação e para aplicar as sanções previstas, nos termos do disposto nos artigos 3.º e 4.º do Decreto-Lei n.º 34/2007, de 15 de fevereiro.

Também com o mesmo propósito de defender e fazer cumprir o princípio da igualdade, foi publicada a Lei n.º 93/2017, de 23 de agosto, que estabelece o regime jurídico da prevenção, da proibição e do combate à discriminação, em razão da origem racial e étnica, cor, nacionalidade, ascendência e território de origem, regime esse aplicável a todas as pessoas singulares e coletivas, públicas e privadas, no que respeita, entre outros âmbitos, à proteção social, incluindo a segurança social e os cuidados de saúde, a benefícios sociais e ao acesso a bens e serviços e seu fornecimento, colocados à disposição do público[92].

Nos termos do n.º 1 do artigo 4.º da Lei n.º 93/2017, é proibida qualquer forma de discriminação em razão da origem racial e étnica, cor, nacionalidade, ascendência e território de origem, que tenha por objetivo ou efeito a anulação ou restrição do reconhecimento, gozo ou exercício, em condições de igualdade, de direitos, liberdades e garantias ou de direitos económicos sociais e culturais, considerando-se como discriminatórias, entre outras, as seguintes práticas:

> "*a) A recusa de fornecimento ou impedimento de fruição de bens ou serviços, colocados à disposição do público;*
>
> […]
>
> *d) A recusa ou limitação de acesso a locais públicos ou abertos ao público;*
>
> *e) A recusa ou limitação de acesso aos cuidados de saúde prestados em estabelecimentos de saúde públicos ou privados;*
>
> […]
>
> *i) A adoção de prática ou medida por parte de qualquer órgão, serviço, entidade, empresa ou trabalhador da administração direta ou indireta do Estado, das regiões autónomas ou das autarquias locais, que condicione ou limite a prática do exercício de qualquer direito;*
>
> *j) A adoção de ato em que, publicamente ou com a intenção de ampla divulgação, seja emitida uma declaração ou transmitida uma informação em virtude da qual uma pessoa ou grupo de pessoas seja ameaçado, insultado ou aviltado em razão de qualquer um dos fatores indicados no artigo 1.º*".

Nos termos do artigo 15.º da Lei n.º 93/2017, a prática discriminatória, por ação ou omissão, confere ao lesado o direito a uma indemnização, por danos patrimoniais e não patrimoniais, a título de responsabilidade civil extracontratual, e, atento o disposto no artigo 16.º do mesmo diploma, faz

[92] Considerando o teor do n.º 3 do artigo 2.º da Lei n.º 93/2017, de 23 de agosto, o regime por esta instituído não prejudica a adoção de medidas de ação positiva destinadas a compensar desvantagens relacionadas com origem racial e étnica, cor, nacionalidade, ascendência e território de origem.

incorrer o infrator numa contraordenação, punível com coima graduada entre uma e dez vezes ou entre quatro e vinte vezes o valor do indexante dos apoios sociais, consoante se trate de pessoa singular ou coletiva, respetivamente, podendo ainda ser aplicadas as sanções acessórias elencadas previstas no Decreto-Lei n.º 433/82, de 27 de outubro, em especial, interdição do exercício de profissões ou atividades, privação do direito a subsídio ou benefício outorgado por entidades ou serviços públicos, encerramento de estabelecimento cujo funcionamento esteja sujeito a autorização ou licença de autoridade administrativa e suspensão de autorizações, licenças e alvarás, entre outras.

Quando o regime previsto na Lei n.º 93/2017 não for cumprido por estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, compete à Comissão para a Igualdade e Contra a Discriminação Racial (CICDR) proceder à abertura dos processos de contraordenação, à sua instrução e à aplicação das sanções previstas na Lei[93].

Por último, importa invocar, nesta matéria, os objetivos regulatórios atribuídos à ERS de assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da Lei (alínea b) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS), e que implicam os deveres desta Entidade Reguladora, nos termos do artigo 12.º dos seus Estatutos, de:

> a) Assegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados;
>
> b) Prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos

[93] A Lei n.º 3/2024, de 15 de janeiro, criou a Comissão para a Igualdade e contra a Discriminação Racial e alterou a Lei n.º 93/2017, de 23 de agosto. De acordo com o n.º 1 do artigo 4.º daquele diploma, "*A CICDR aplica o regime jurídico da prevenção, da proibição e do combate à discriminação, em razão da origem racial e étnica, cor, nacionalidade, língua, ascendência e território de origem*." Segundo o disposto nas alíneas i), j) e k) do n.º 2 do artigo 4.º do mesmo diploma, compete à CICDR, na garantia da aplicação daquele regime, receber denúncias e instaurar os respetivos processos de contraordenação, solicitar informações e pareceres, bem como a realização de diligências probatórias às autoridades policiais ou a outros órgãos ou serviços da administração direta ou indireta do Estado, das regiões autónomas ou das autarquias locais, para efeitos de instrução dos processos de contraordenação e decidir e aplicar as coimas e sanções acessórias no âmbito dos processos de contraordenação.
Ademais, o Decreto-Lei n.º 41/2023, de 2 de junho, criou a Agência para a Integração, Migrações e Asilo, I.P. e procedeu à extinção, por fusão, do Alto Comissariado para as Migrações, I.P. (ACM, I.P.) – artigo 1.º.
Deste modo, e salvo melhor opinião, entende-se que o artigo 18.º da Lei n.º 93/2017 não foi, por lapso, alterado em consonância com o regime acima descrito, pelo que se deve entender que cabe à CICDR a abertura, instrução e decisão dos processos de contraordenação.

estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados;

c) Prevenir e punir as práticas de indução artificial da procura de cuidados de saúde;

d) Zelar pelo respeito da liberdade de escolha nos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, incluindo o direito à informação.

Consequentemente, a atividade regulatória da ERS abarca o acesso universal e equitativo, e a prevenção e punição das práticas de rejeição discriminatória ou infundada de todos os estabelecimentos publicamente financiados, o que conduziu a que fosse inclusivamente estabelecido, no n.º 2 do artigo 62.º dos seus Estatutos, que "*Constitui contraordenação, punível com coima de € 1000 a € 3740,98 ou de € 1500 a € 44 891,81, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva:* […] *A violação das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde: i) A violação da igualdade e universalidade no acesso ao SNS, prevista na alínea a) do artigo 12.º; ii) A violação de regras estabelecidas em lei ou regulamentação e que visem garantir e conformar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde, bem como práticas de rejeição ou discriminação infundadas, em estabelecimentos públicos, publicamente financiados, ou contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas e subsistemas públicos de saúde ou equiparados, nos termos do disposto nas alíneas a) e b) do artigo 12.º; iii) A indução artificial da procura de cuidados de saúde, prevista na alínea c) do artigo 12.º; iv) A violação da liberdade de escolha nos estabelecimentos de saúde privados, sociais, bem como, nos termos da lei, nos estabelecimentos públicos, prevista na alínea d) do artigo 12.º*".

Ou seja, os Estatutos da ERS tipificam como ilícito contraordenacional, comportamentos que consubstanciem uma violação das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde, designada mas não limitadamente, quando os mesmos representem uma violação da igualdade e universalidade no acesso ao SNS.

2.7 – A liberdade de escolha

A liberdade de escolha encontra-se consagrada na alínea c) do n.º 1 da Base 2 da LBS, nos termos da qual "*Todas as pessoas têm direito:* […] *c) A escolher livremente a entidade prestadora de cuidados de saúde, na medida dos recursos existentes*;".

No mesmo sentido, o artigo 2.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, sob a epígrafe "*Direito de escolha*", refere que "*O utente dos serviços de saúde tem direito de escolha dos serviços e*

prestadores de cuidados de saúde, na medida dos recursos existentes."; por sua vez, nos termos do n.º 2 do referido artigo 2.º, "*O direito à proteção da saúde é exercido tomando em consideração as regras de organização dos serviços de saúde*.".

E para que o utente possa escolher o estabelecimento onde pretende receber cuidados de saúde, é determinante que esteja na posse de um conjunto mínimo de informações que possibilitem uma decisão consciente e, por isso, em liberdade. Nesta medida, assume especial relevância, enquanto direito fundamental dos utentes de cuidados de saúde, o direito à informação prévia, plena e esclarecida.

Quando um utente recorre a um prestador de cuidados de saúde, estabelece-se entre ambos uma relação de confiança, sobretudo no que respeita à informação prestada. Porém, o utente dos serviços de saúde encontra-se tipicamente prejudicado por uma assimetria de informação face ao prestador. No momento em que acede aos cuidados de saúde, e por não possuir toda a informação relevante para a tomada de decisão, o utente confia no prestador e nos profissionais de saúde, por serem estes quem estão na posse do conhecimento necessário para o efeito.

Ora, a completude, veracidade e inteligibilidade da informação sobre os cuidados de saúde passa, desde logo e também, pela não exploração abusiva dessa assimetria de informação. Por outras palavras, a expectativa do utente é que o prestador ou profissional de saúde aja do mesmo modo que ele próprio agiria, se estivesse na posse de todos os elementos e informações necessários para o efeito. Ora, como bem se compreenderá, é no referido comportamento de exploração abusiva da assimetria de informação, em que o prestador tira partido da mesma para agir em seu benefício e não respeitando integralmente as necessidades e preferências do utente que assenta, desde logo, a possibilidade de indução artificial de procura. Tanto ocorrerá, por exemplo e simplificando, quando o prestador pratique um ato de que o utente efetivamente não necessitava, ou quando pratique um ato distinto daquele de que o utente necessitava, visando com isso obter, de forma direta ou indireta, um benefício (monetário ou outro) indevido e que, de outro modo, não obteria.

Ora, quando recorre à prestação de cuidados de saúde, ao utente devem ser garantidos:

a) o direito a que lhe sejam prestados apenas os cuidados de saúde de que efetivamente necessita;

b) o direito a que o prestador se abstenha da prática de atos de que efetivamente não necessite ou distintos daqueles de que necessite, com o objetivo de obter para si, de forma direta ou indireta, um benefício que de outra forma não obteria.

Neste sentido, o direito à informação constitui um princípio que deve modelar todo o quadro de relações, atuais e potenciais, entre utentes e estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, estejam eles integrados nos setores público, privado ou social. Importa, por isso, garantir que a informação prestada é suficiente para dotar o utente dos elementos necessários ao livre exercício da escolha da unidade de saúde à qual recorrerá, o que passará, necessariamente, pela prestação de informação prévia e cabal sobre o diagnóstico, exame e/ou tratamento proposto; sobre os riscos e/ou efeitos secundários do mesmo; sobre o direito de recusar e de revogar o consentimento; sobre os meios humanos e técnicos existentes e disponíveis no estabelecimento em causa para a prestação dos cuidados de saúde em causa; mas também sobre todas as questões administrativas e financeiras relevantes, nomeadamente regras de acesso e de referenciação em vigor no âmbito do SNS, autorizações prévias a emitir por entidades terceiras e preços e orçamentos referentes à prestação de cuidados de saúde em causa.

Só tendo conhecimento efetivo e pleno de todos estes elementos é que o utente estará em condições de tomar uma decisão sobre a proposta terapêutica que lhe é apresentada, mas também de exercer a sua liberdade de escolha.

Se o utente optar por recorrer ao setor privado, cooperativo ou social, a escolha do concreto prestador de cuidados de saúde deverá ser efetuada de forma livre e sem quaisquer restrições, cumprindo as regras decorrentes da relação que vier a ser estabelecida entre as partes.

Se o utente optar por recorrer ao SNS (incluindo os estabelecimentos convencionados), o direito de escolher livremente entre prestadores de cuidados de saúde também lhe deve ser reconhecido. É o que decorre das regras que definem o SIGA SNS: nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 13.º da Portaria n.º 147/2017, os utentes têm direito de escolher, de entre as instituições do SNS, aquela em que pretendem que lhes sejam efetuadas as respetivas prestações de cuidados de saúde. Porém, esta liberdade de escolha no âmbito do SNS estará sempre condicionada pelas limitações decorrentes dos recursos existentes e da organização dos serviços, resultantes da obrigação do SNS cumprir, antes de mais, os seus propósitos de universalidade e generalidade.

Assim, nos termos do n.º 1 do artigo 64.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, os estabelecimentos de saúde E.P.E. e os estabelecimentos de saúde S.P.A. têm como missão principal a prestação de cuidados hospitalares à população da sua área de influência, de acordo com as Redes de Referenciação Hospitalar e sem prejuízo do livre acesso e circulação no SNS.

Também neste contexto, foi criado o sistema de Livre Acesso e Circulação de Utentes no SNS (LAC) aprovado pelo Despacho n.º 5911-B/2016, de 3 de maio, que permite ao utente, em conjunto com o médico de família responsável pela referenciação, optar por qualquer uma das unidades

hospitalares do SNS onde exista a consulta de especialidade de que necessita. A referenciação é efetuada de acordo com o interesse do utente, segundo critérios de proximidade geográfica e considerando os tempos médios de resposta, acessíveis através do Portal do SNS, nos termos seguintes:

> "*1 - A Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS), em colaboração com a SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E. (SPMS), assegura que o sistema de informação de apoio à referenciação para a primeira consulta de especialidade hospitalar permite que o médico de família, em articulação com o utente e com base no acesso à informação sobre tempos de resposta de cada estabelecimento hospitalar, efetue a referenciação para a realização da primeira consulta hospitalar em qualquer das unidades hospitalares do SNS onde exista a especialidade em causa.*
>
> *2 - A referenciação referida no número anterior deve ser efetuada, prioritariamente, de acordo com o interesse do utente, com critérios de proximidade geográfica e considerando os tempos médios de resposta para a primeira consulta de especialidade hospitalar nas várias instituições do SNS.*
>
> *3 - Para as especialidades cirúrgicas, deverá ainda ser considerado o tempo médio de resposta para a cirurgia programada nos últimos três meses, nas várias instituições hospitalares.*
>
> *4 - Sem prejuízo do definido nos números anteriores, persistirão as redes de referenciação para fins específicos, nas áreas que vierem a ser definidas pelo membro do Governo.* […]".

No quadro dos Estatutos da ERS, são objetivos da sua atividade reguladora, entre outros, assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei, e garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes (cfr. artigo 10.º, alíneas b) e c) dos Estatutos).

Por sua vez, nos termos do disposto nas alíneas c) e d) do artigo 12.º, incumbe à ERS prevenir e punir as práticas de indução artificial da procura de cuidados de saúde e zelar pelo respeito da liberdade de escolha nos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, incluindo o direito à informação.

Neste contexto, nos termos da alínea b) do n.º 2 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, "*Constitui contraordenação, punível com coima de € 1000 a € 3740,98 ou de € 1500 a € 44 891,81, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva: […] b) A violação das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde: i) A violação da igualdade e universalidade no acesso ao SNS, prevista na*

alínea a) do artigo 12.º; ii) A violação de regras estabelecidas em lei ou regulamentação e que visem garantir e conformar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde, bem como práticas de rejeição ou discriminação infundadas, em estabelecimentos públicos, publicamente financiados, ou contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas e subsistemas públicos de saúde ou equiparados, nos termos do disposto nas alíneas a) e b) do artigo 12.º; iii) A indução artificial da procura de cuidados de saúde, prevista na alínea c) do artigo 12.º; iv) A violação da liberdade de escolha nos estabelecimentos de saúde privados, sociais, bem como, nos termos da lei, nos estabelecimentos públicos, prevista na alínea d). […]"

2.8 – Regimes específicos de acesso

Considerando as especificidades de determinados cuidados de saúde, o legislador contemplou um conjunto de regras específicas para conformar o direito de acesso aos mesmos, como é o caso, entre outros, da Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG)[94].

[94] Cfr. estudo da ERS sobre "*Acesso a Interrupção Voluntária da Gravidez no Serviço Nacional de Saúde*", que se focou na interrupção voluntária da gravidez por opção da mulher, disponível para consulta em https://www.ers.pt/pt/atividade/regulacao-economica/selecionar/estudos/lista-de-estudos/acesso-a-interrupcao-voluntaria-da-gravidez-no-servico-nacional-de-saude/.
Pela sua crucial importância, a temática da interrupção voluntária da gravidez tem sido objeto de acompanhamento por parte da ERS ao longo dos anos, no âmbito da sua intervenção regulatória de supervisão. Em concreto, entre 2015 e 2022, a ERS instaurou e decidiu 8 (oito) processos de inquérito diretamente relacionados com constrangimentos no acesso a realização de interrupção voluntária da gravidez, que culminaram com a emissão de instruções e recomendações aos prestadores de cuidados de saúde visados. Em 2023, a ERS instaurou e decidiu 1 (um) processo de inquérito sobre esta temática.
Em fevereiro de 2023, na sequência de notícias divulgadas pela comunicação social, dando conta de possíveis constrangimentos no acesso de utentes a referenciação e realização de procedimento de IVG em estabelecimentos oficiais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a ERS procedeu à averiguação das situações reportadas. Essa análise culminou na publicação de um estudo que avaliou a oferta deste tipo de cuidados de saúde, nomeadamente através do levantamento dos estabelecimentos oficiais e oficialmente reconhecidos para realização de IVG e dos recursos humanos disponíveis para realização destes procedimentos e, por outro lado, averiguou a eventual existência de obstáculos no acesso à IVG, nomeadamente através da análise transversal dos procedimentos em vigor nos estabelecimentos públicos do SNS. O estudo analisou, também, a evolução do número de IVG realizadas, bem como o cumprimento dos prazos legalmente estabelecidos.
O estudo concluiu que no final de fevereiro de 2023 existiam 31 estabelecimentos do setor hospitalar a realizar IVG em Portugal Continental – 29 (vinte e nove) oficiais e 2 (dois) oficialmente reconhecidos – com a maioria a localizar-se nas regiões de saúde do Norte e de Lisboa e Vale do Tejo (LVT).
Da análise dos procedimentos em vigor, verificaram-se três situações em que era vedada a realização de IVG a utentes não residentes na área de influência da unidade hospitalar ou a utentes não inscritas nos centros de saúde da área de referenciação da unidade hospitalar, e duas situações em que as utentes eram obrigadas a iniciarem o seu percurso pelos Cuidados de Saúde Primários (CSP).
Na mesma data, dos 55 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) existentes, nenhum realizava o procedimento de IVG e cinco realizavam consultas prévias, tendo-se verificado que nem sempre estas são devidamente registadas. Além disso, destacou-se o desconhecimento destes prestadores sobre o que é uma consulta prévia no âmbito da IVG, e os esclarecimentos a serem prestados às utentes durante a sua realização. Em concreto, apesar de alguns prestadores de cuidados de saúde primários terem reportado à ERS realizarem consultas prévias, resultou da análise dos documentos remetidos tratar-se de consultas de

2.8.1 – Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG): regime geral

No ordenamento jurídico português, o atual modelo de exclusão da ilicitude do aborto, realizado por médico ou sob a sua direção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido, com o consentimento da mulher grávida, mediante indicações médicas, embriopáticas ou criminológicas, foi estabelecido pela Lei n.º 6/84, de 11 de maio, a qual não previa, porém, a interrupção voluntária da gravidez por opção da mulher[95].

Posteriormente, a Lei n.º 16/2007, de 17 de abril[96], introduziu uma nova causa de exclusão da ilicitude, justificativa de uma interrupção da gravidez não punível, e procedeu à alteração do artigo 142.º do Código Penal (CP), instituindo que:

"[…]

Medicina Geral e Familiar sem observância dos requisitos constantes da Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho.
Concluiu-se, ainda, que, no total, em 2022 foram realizadas 15.616 interrupções da gravidez por opção da mulher nas 10 (dez) primeiras semanas de gestação, o que corresponde a um aumento de 15% face a 2021, tendo a maioria das IVG sido realizadas em estabelecimentos do SNS localizados na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Embora em muitos casos não tenha sido possível identificar o motivo associado à diferença entre o número de consultas prévias e IVG realizadas, apuraram-se 1.366 situações em que o procedimento não foi realizado por ter sido ultrapassado o prazo legalmente estabelecido.
Quanto ao cumprimento dos prazos legais, foi possível apurar que, para o conjunto das IVG realizadas em 2022, o tempo médio de espera para consulta prévia foi inferior ao legalmente estabelecido [5 (cinco) dias]. No entanto, em 2022, a região de saúde do Centro registou um tempo médio de espera entre o pedido de marcação e a realização da consulta prévia superior a 5 (cinco) dias, situando-se o tempo médio da região de saúde do Algarve próximo do legalmente estabelecido.
Adicionalmente, identificaram-se situações em que o intervalo de tempo entre a consulta prévia e a interrupção da gravidez foi igual ou inferior a 3 (três) dias, o que constitui um indício do não cumprimento do período de reflexão legalmente instituído – de 3 (três) dias –, com a maioria das situações a observar-se na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo.
Concluiu-se, ademais, pela inexistência de um registo completo e atualizado de todos os profissionais de saúde objetores de consciência, tanto nos cuidados hospitalares, como nos cuidados primários.
No que respeita as reclamações rececionadas pela ERS relativas às valências de Ginecologia e/ou Obstetrícia, constatou-se que a região de saúde do Algarve apresentou o pior desempenho relativo em 2022 e a região do Centro em 2023. Até ao dia 26 de julho de 2023, existiam 11 reclamações classificadas com a categoria "Restrição à Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG)", três com data de ocorrência de 2022 e 8 relativas ao ano de 2023, com a grande maioria das reclamações a visar estabelecimentos de saúde localizados na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo.
Considerando as evidências recolhidas, à luz do enquadramento normativo vigente e das atribuições regulatórias da ERS, será garantida a necessária atuação regulatória junto dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde primários e hospitalares para salvaguarda do acesso à realização da IVG, promovendo-se a implementação dos procedimentos ínsitos à salvaguarda da tempestividade, integração e regularidade da prestação de cuidados de saúde em causa.

[95] A ERS publicou, no seu *website*, perguntas frequentes sobre "*Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) por opção da mulher*", que podem ser consultadas em https://ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/interrupcao-voluntaria-da-gravidez-ivg-por-opcao-da-mulher/.

[96] Diploma que revogou expressamente a Lei n.º 6/84, de 11 de maio.

1 – Não é punível a interrupção da gravidez efetuada por médico, ou sob a sua direção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando:

[…]

e) For realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.

[...]".

Deste modo, com a introdução da alínea e) do n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal, a Lei n.º 16/2007, de 17 de abril, consagrou a interrupção voluntária da gravidez (IVG) por opção da mulher nas primeiras 10 (dez) semanas de gestação.

Assim, atualmente, e de acordo com o n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal, não é punível a interrupção da gravidez efetuada por médico, ou sob a sua direção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando:

"*a) Constituir o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida;*

b) Se mostrar indicada para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida e for realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez;

c) Houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excecionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo;

d) A gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas;

e) For realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez."

Em suma, os motivos que podem estar na base de uma interrupção voluntária da gravidez, assim denominada porque está dependente, de facto, da vontade e do consentimento da mulher, podem ser variados, podendo a IVG ser realizada por motivos médicos, embriopáticos, criminológicos ou por mera opção da mulher.

De acordo com o n.º 2 do artigo 142.º do Código Penal, "*A verificação das circunstâncias que tornam não punível a interrupção da gravidez é certificada em atestado médico, escrito e assinado antes*

da intervenção por médico diferente daquele por quem, ou sob cuja direção, a interrupção é realizada (…)." No caso de se tratar de uma interrupção voluntária da gravidez por opção da mulher, deverá ser comprovado que a gravidez não excede as 10 semanas.

No que respeita ao consentimento, prescreve o Código Penal que este é prestado, nos casos referidos nas alíneas a) a d) do n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal, acima referidas, em documento assinado pela mulher grávida ou a seu rogo e, sempre que possível, com a antecedência mínima de 3 (três) dias relativamente à data da interrupção da gravidez. No que respeita ao consentimento a prestar pela mulher que quer interromper a gravidez por sua mera opção, estatui o Código Penal que deve ser prestado em documento assinado pela mulher grávida ou a seu rogo, instituindo, ainda, que este deve ser entregue no estabelecimento de saúde até ao momento da intervenção e sempre após um período de reflexão não inferior a 3 (três) dias a contar da data da realização da primeira consulta destinada a facultar à mulher grávida o acesso à informação relevante para a formação da sua decisão livre, consciente e responsável.

No caso de a mulher grávida ser menor de 16 anos, o consentimento é prestado pelo representante legal. Se a mulher grávida menor de 16 anos tiver o discernimento necessário para se opor à decisão do representante legal, o consentimento é judicialmente suprido e, no caso de a mulher grávida não ter capacidade para consentir, o consentimento é prestado, sendo menor, pelo seu representante legal e, sendo maior, por decisão do tribunal[97].

Note-se, ainda, que, nos termos do n.º 8 do artigo 142.º do Código Penal, "*Se não for possível obter o consentimento (…) e a efetivação da interrupção da gravidez se revestir de urgência, o médico decide em consciência face à situação, socorrendo-se, sempre que possível, do parecer de outro ou outros médicos*."

Paralelamente à consagração, no ordenamento jurídico português, da interrupção voluntária da gravidez por opção da mulher, a Lei n.º 16/2007 regulou, ainda, questões atinentes ao procedimento, designadamente quanto à consulta, informação e acompanhamento à mulher grávida (artigo 2.º), à adoção pelo Governo das providências organizativas e regulamentares necessárias à boa execução da legislação atinente à IVG (artigo 4.º), ao dever de sigilo e à objeção de consciência (artigos 5.º e 6.º).

No que concerne à organização dos serviços para realização da IVG, dispõe o artigo 3.º do diploma que compete ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) organizar-se de modo a "[…] *garantir a possibilidade de realização da interrupção voluntária da gravidez nas condições e nos prazos*

[97] Neste sentido, *vide* os n.os 5, 6 e 7 do artigo 142.º do Código Penal.

legalmente previstos […]" (n.º 1), bem como aos estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos em que se pratique o procedimento de IVG (n.º 2).

Ora, o artigo 8.º da Lei n.º 16/2007, de 17 de abril, sob a epígrafe "*Regulamentação"*, dispôs que "[o] *Governo procede à regulamentação da presente lei no prazo máximo de 60 dias*".

Em conformidade, foi publicada a Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho, que veio definir os procedimentos administrativos e as condições técnicas e logísticas de realização da interrupção da gravidez nas situações previstas no artigo 142.º do Código Penal, bem como a informação relevante a prestar à grávida para a formação da sua decisão livre, consciente e responsável, em obediência aos princípios gerais e normas imperativas estabelecidas na predita Lei.

Estatui o artigo 2.º da referida Portaria que o procedimento de IVG pode ser efetuado nos estabelecimentos de saúde oficiais e nos estabelecimentos de saúde oficialmente reconhecidos[98].

Relativamente ao acesso ao estabelecimento prestador de cuidados de saúde onde irá ser realizada a IVG, prevê o artigo 3.º que a mulher pode livremente escolher o estabelecimento de saúde oficial onde deseja interromper a gravidez, dentro dos condicionamentos da rede de referenciação aplicável (n.º 1), e que os estabelecimentos de saúde oficiais de cuidados de saúde primários devem atuar de acordo com os protocolos estabelecidos pela respetiva unidade coordenadora funcional (n.º 2).

Relativamente ao consentimento para a interrupção da gravidez, este é prestado, nos termos do artigo 4.º da Portaria em análise, pela mulher grávida, pelo seu representante legal ou pelo tribunal, nos termos da lei, sempre em documento escrito e normalizado.

Ainda, é garantido à mulher grávida, de acordo com o artigo 5.º da Portaria, o acompanhamento por outra pessoa durante os atos e intervenções, desde que seja essa a sua vontade, bem como acompanhamento e apoio psicológico e social (artigo 6.º da Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho).

De acordo com o disposto no n.º 1 do artigo 8.º da Portaria, todas as interrupções de gravidez, cirúrgicas ou medicamentosas, efetuadas ao abrigo do n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal, são de declaração obrigatória à Direcção-Geral da Saúde.

Saliente-se, ainda, que o artigo 10.º da Portaria em análise reitera o dever de sigilo previsto na Lei n.º 16/2007, de 17 de abril, que impende sobre os médicos, outros profissionais de saúde e demais

[98] Nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 14.º da Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho, a Direção-Geral da Saúde é a entidade competente para reconhecer a aptidão dos estabelecimentos de saúde para a realização da interrupção da gravidez.

pessoas que trabalhem nos estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção da gravidez, ou que com eles colaborem, relativamente a todos os atos, factos ou informações de que tenham conhecimento no exercício das suas funções, ou por causa delas.

Quanto à garantia da tempestividade dos prazos para a realização do procedimento de IVG, nos termos do artigo 11.º, "[…] *o conselho de administração do estabelecimento de saúde oficial, o responsável pelo estabelecimento oficial de cuidados de saúde primários ou o responsável pelo estabelecimento de saúde oficialmente reconhecido, conforme o caso, adotam todas as providências necessárias ao cumprimento dos prazos previstos na lei para a interrupção da gravidez* […]".

Com particular acuidade, os estabelecimentos de saúde oficiais em que a existência de objetores de consciência impossibilite a realização da interrupção da gravidez nos termos e prazos legais devem garantir a sua realização, adotando, sob coordenação da administração regional de saúde[99] territorialmente competente, as adequadas formas de colaboração com outros estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos e assumindo os encargos daí resultantes (n.º 4 do artigo 12.º).

De facto, aos médicos e demais profissionais de saúde é assegurado o direito à objeção de consciência, relativamente a quaisquer atos respeitantes à interrupção voluntária da gravidez, o qual deve ser manifestado em documento escrito, assinado pelo objetor e apresentado, conforme os casos, ao diretor clínico, ao diretor de enfermagem ou ao responsável clínico do estabelecimento de saúde oficial, hospitalar ou de cuidados de saúde primários, ou oficialmente reconhecido, onde o objetor preste serviço, sem prejuízo de sobre estes impender o dever de assegurar o encaminhamento das utentes grávidas que solicitem a interrupção da gravidez para os serviços competentes, dentro dos prazos legais.

2.8.2 – Acesso a Interrupção Voluntária da Gravidez por opção da mulher no SNS

A interrupção voluntária da gravidez por opção da mulher comporta algumas especificidades, no que respeita às suas fases, quando comparada com a interrupção voluntária da gravidez com base em motivos médicos, embriopáticos ou criminológicos.

[99] Cfr. nota de rodapé n.º 34, sobre a extinção das Administrações Regionais de Saúde pelo Decreto-Lei n.º 54/2024, de 6 de setembro.

Sempre que uma mulher pretende, por sua mera opção, interromper uma gravidez, deverá ser assegurado que:

i) Entre o pedido de marcação e a efetivação da consulta prévia não deve decorrer um período superior a 5 (cinco) dias, sem prejuízo do cumprimento dos prazos legais;

ii) Entre a consulta prévia e a entrega do documento escrito normalizado com prestação do consentimento para a interrupção da gravidez deve decorrer um período de reflexão não inferior a 3 (três) dias, podendo este documento ser entregue até ao momento da interrupção da gravidez;

iii) Entre a entrega do documento escrito normalizado com prestação do consentimento e a interrupção da gravidez não deve decorrer um período superior a 5 (cinco) dias, salvo se a mulher solicitar um período superior, dentro do prazo legal;

iv) Os estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos devem garantir às mulheres que interrompam a gravidez marcação de uma consulta de saúde reprodutiva/planeamento familiar a realizar no prazo máximo de 15 (quinze) dias após a interrupção da gravidez.

De acordo com o artigo 16.º da Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho, é responsabilidade do conselho de administração do estabelecimento de saúde oficial, do responsável pelo estabelecimento oficial de cuidados de saúde primários ou do responsável pelo estabelecimento de saúde oficialmente reconhecido garantir a realização, em tempo útil, da consulta prévia ao procedimento de IVG, isto é, a primeira consulta destinada a facultar à utente grávida o acesso à informação relevante para a formação da sua decisão de forma livre, consciente e responsável e assegurar o registo em processo próprio, bem como garantir que entre o pedido de marcação e a efetivação da consulta não decorra um período superior a 5 (cinco) dias, sem prejuízo do cumprimento dos prazos legais.

No âmbito desta consulta, impende sobre o médico, ou outro profissional de saúde habilitado, o dever de prestar todas as informações e esclarecimentos à mulher grávida, ou ao seu representante legal, nomeadamente:

(i) Tempo de gravidez;

(ii) Os métodos de interrupção adequados ao caso concreto;

(iii) As eventuais consequências para a saúde física e psíquica da mulher;

(iv) As condições de apoio que o Estado pode dar à prossecução da gravidez e à maternidade;

(v) A existência de um período obrigatório de reflexão, que não poderá ser inferior a 3 (três) dias[100];

(vi) A disponibilidade de acompanhamento psicológico e por técnico de serviço social durante o período de reflexão;

(vii) Os métodos contracetivos.

O consentimento livre e esclarecido para a interrupção da gravidez é prestado pela utente grávida, pelo seu representante legal ou pelo tribunal, nos termos da lei, em documento escrito, normalizado, o qual deve ser entregue à mulher grávida nesta consulta (n.º 6 do artigo 16.º, conjugado com o artigo 4.º da Portaria), conforme referido anteriormente.

Após a comprovação da gravidez e a entrega do documento sobre o consentimento livre e esclarecido para a interrupção da gravidez, assinado pela mulher grávida, decorrido o período de reflexão legalmente previsto, o conselho de administração do estabelecimento de saúde oficial, o responsável pelo estabelecimento oficial de cuidados de saúde primários ou o responsável pelo estabelecimento de saúde oficialmente reconhecido, conforme o caso, devem assegurar que a interrupção da gravidez se realiza dentro dos prazos legais, não devendo decorrer, entre a entrega do documento e a interrupção da gravidez, um período superior a 5 (cinco) dias, exceto se a utente solicitar um período superior, dentro do prazo legal.

Os estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos devem garantir às mulheres que interrompam a gravidez, nos termos do n.º 3 do artigo 19.º da Portaria, a prescrição de um método contracetivo, desde que adequado (alínea a)) e a marcação de uma consulta de saúde reprodutiva/planeamento familiar, a realizar no prazo máximo de 15 (quinze) dias após a interrupção da gravidez (alínea b)), podendo, para este efeito, estabelecer acordos de articulação com os cuidados de saúde primários, no âmbito das unidades coordenadoras funcionais, para garantir o seguimento posterior, em consulta de saúde reprodutiva/planeamento familiar, das mulheres que realizaram uma interrupção da gravidez.

No que respeita às fases relativas ao atendimento de mulheres que pretendem realizar uma IVG por sua mera opção, e respetivos requisitos a observar, são, então, os seguintes:

[100] Conjugado com o n.º 1 do artigo 18.º da Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho.

Fases de atendimento	Requisitos
Pedido de marcação de consulta prévia	É responsabilidade do conselho de administração do estabelecimento de saúde oficial, do responsável pelo estabelecimento oficial de cuidados de saúde primários ou do responsável pelo estabelecimento de saúde oficialmente reconhecido garantir que **entre o pedido de marcação e a efetivação da consulta não decorra um período superior a 5 (cinco) dias**, sem prejuízo do cumprimento dos prazos legais.
Consulta prévia	No âmbito da consulta prévia, impende sobre o médico, ou outro profissional de saúde habilitado, o **dever de prestar todas as informações e esclarecimentos** à mulher grávida, ou ao seu representante legal, nomeadamente: i. Tempo de gravidez; ii. Os métodos de interrupção adequados ao caso concreto; iii. As eventuais consequências para a saúde física e psíquica da mulher; iv. As condições de apoio que o Estado pode dar à prossecução da gravidez e à maternidade; v. A existência de um período obrigatório de reflexão, que não poderá ser inferior a 3 (três) dias; vi. A disponibilidade de acompanhamento psicológico e por técnico de serviço social durante o período de reflexão; vii. Os métodos contracetivos. O profissional de saúde deve preencher uma declaração que confirme a prestação das referidas informações, em documento escrito, normalizado. O documento escrito normalizado para prestação do consentimento livre e esclarecido para a interrupção da gravidez deve ser entregue à mulher grávida nesta consulta.
Consentimento livre e esclarecido	O consentimento livre e esclarecido para a interrupção da gravidez é prestado pela utente grávida, pelo seu representante legal ou pelo tribunal, nos termos da lei, em documento escrito, normalizado.

Fases de atendimento	Requisitos
Interrupção da gravidez	Após a entrega do documento escrito normalizado com prestação do consentimento para interrupção da gravidez, o conselho de administração do estabelecimento de saúde oficial, o responsável pelo estabelecimento oficial de cuidados de saúde primários ou o responsável pelo estabelecimento de saúde oficialmente reconhecido, conforme o caso, devem assegurar que a interrupção da gravidez se realiza dentro dos prazos legais, não devendo decorrer um período superior **5 (cinco) dias**, exceto se a utente solicitar um período superior, dentro do prazo legal.
Consulta de *Follow Up*	Confirmação de realização da IVG (ecografia de revisão). Os estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos devem garantir às mulheres que interrompam a gravidez, a prescrição de um método contracetivo, e a marcação de uma consulta de saúde reprodutiva/planeamento familiar.
Consulta de saúde reprodutiva/planeamento familiar	Para este efeito podem estabelecer acordos de articulação com os cuidados de saúde primários, no âmbito das unidades coordenadoras funcionais, para garantir o seguimento posterior, em consulta de saúde reprodutiva/planeamento familiar, das mulheres que realizaram uma interrupção da gravidez.

As regras e prazos legais descritos supra visam garantir e conformar o acesso das utentes ao procedimento de interrupção da gravidez, pelo que a sua violação consubstancia a prática de uma contraordenação, prevista e punida nos termos da alínea a) e b) do artigo 12.º e da subalínea ii) da alínea b) do n.º 2 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS.

No âmbito das suas competências, a Direção-Geral de Saúde emitiu várias orientações técnicas relativamente ao procedimento de IVG[101], cumprindo destacar a Circular Normativa n.º 11/SR, de 21 de junho de 2007, destinada a "[t]*odos os estabelecimentos de saúde*".

[101] As Circulares Normativas n.º 9/SR e n.º 10/SR, de 21 de junho de 2007, que versam sobre os procedimentos a adotar para a interrupção medicamentosa da gravidez até às 10 (dez) semanas de gravidez e sobre a interrupção cirúrgica da gravidez até às 10 (dez) semanas de gestação, respetivamente.

A referida Circular estabeleceu os princípios orientadores da organização da prestação de cuidados no âmbito do referido procedimento, atendendo às boas práticas necessárias para a realização, em segurança, do procedimento de IVG.

A Circular em análise estabelece que, em matéria de acesso à prestação de cuidados de saúde no âmbito do procedimento de IVG, "[i]*ndependentemente da porta de entrada no SNS escolhida pela mulher, os hospitais e os centros de saúde, através das Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF), devem estabelecer protocolos, ativando canais de comunicação e modelos de referência eficazes, que garantam o atendimento atempado das solicitações de interrupção da gravidez e o cumprimento dos prazos legalmente fixados"*.

Da sua redação resulta que os prestadores de cuidados de saúde, relativamente ao procedimento de IVG, podem adotar modelos de complementaridade e de partilha de cuidados, de acordo com os recursos disponíveis dos diversos prestadores, acautelando, independentemente do modelo de articulação firmado, que deve ficar expressamente previsto em protocolo, as competências de cada instituição e profissional de saúde envolvido, as formas de comunicação existentes entre os prestadores de cuidados de saúde, bem como o circuito a percorrer pela utente, anterior e posteriormente à realização do procedimento de IVG.

Salvaguardando, à semelhança do previsto para outras áreas da saúde reprodutiva, a igualdade de acesso aos cuidados relativos ao procedimento de IVG, às mulheres imigrantes residentes, "[i]*ndependentemente da sua situação legal".*

Entendeu a DGS que, de forma a garantir a informação à utente, compete aos *conselhos de administração dos hospitais com departamentos/serviços de Ginecologia/Obstetrícia e aos responsáveis pelos estabelecimentos de cuidados saúde primários*, divulgarem junto de todos os profissionais de saúde da sua unidade, em concreto, os trabalhadores dos serviços administrativos, o circuito de atendimento definido, uma vez que a sua eficiente operacionalização permitirá um menor número de pedidos de utentes ao procedimento de IVG nos serviços de urgência.

É responsabilidade dos referidos órgãos, quanto aos recursos humanos necessários para garantir o acesso e realização do procedimento em tempo útil de IVG, "[a] *designação de um profissional/equipa para dinamizar e avaliar regularmente a qualidade da prestação de cuidados e os resultados esperados/obtidos;* [i]*mplementação da(s) equipa(s) de intervenção que deve(m) integrar, no mínimo: médico, enfermeiro e administrativo;* [d]*efinição da articulação entre os técnicos de saúde do organismo e estabelecimento dos protocolos com outras instituições/serviços e* [f]*ormação adequada dos profissionais* […]".

No requisito do acolhimento que deve ser prestado à utente, a Circular destaca a garantia de confidencialidade e privacidade, com o intuito de facilitar o acesso, promover a qualidade da prestação de cuidados de saúde, bem como diminuir o medo da crítica por parte da utente grávida, pelo que os serviços dos estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos devem assegurar que o procedimento em vigor, após o pedido de acesso à realização do procedimento de IVG, é do conhecimento de todos os trabalhadores da instituição, de forma a minimizar o número de contactos entre o pedido da utente e a realização do procedimento.

Por outro lado, deverá também assegurar respostas atempadas às diferentes idades gestacionais, sendo essencial, "[a] *definição e publicitação dos horários das consultas (dias e horas)".*

A Circular em apreço refere ainda, de acordo com a alínea e) do n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal, as condições em que deve ser prestada a consulta prévia à utente, ou seja, a consulta que permitirá ao profissional de saúde confirmar a gestação em curso, proceder à datação da gravidez e fornecer as informações e esclarecimentos necessários para uma decisão livre e consciente na realização do procedimento de IVG.

Ora, para garantir a segurança da utente, uma vez que os riscos de realização do procedimento de IVG são menores quanto mais baixo for o tempo de gestação, o período entre a marcação e a ocorrência da consulta prévia não deverá exceder os 5 (cinco) dias, sem prejuízo dos prazos legais estabelecidos, designadamente a gestação não poderá ultrapassar as 10 (dez) semanas.

Caso a utente grávida demonstre essa vontade, e estejam asseguradas as condições para que a utente tome uma decisão livre e esclarecida, deve ser autorizada a presença de uma terceira pessoa na consulta prévia.

Os procedimentos a adotar pelos prestadores de cuidados de saúde na realização do procedimento de IVG contemplam, sempre que possível, a designação de equipas de médico/enfermeiro para a consulta prévia, os quais, em "[c]*omplementaridade*", asseguram que as mulheres são corretamente esclarecidas e "[a]*giliz*[a]*m*" os procedimentos dentro dos prazos legalmente previstos.

Os prestadores de cuidados de saúde hospitalares, devem garantir que cada utente, ao solicitar a realização do procedimento de IVG, possua um processo individual onde estão registados os seus dados médicos relativos à observação clínica, do qual deverá constar em anexo o exame ecográfico para datação e localização da gravidez, podendo ser realizado no decorrer da consulta prévia ou no exterior, antes daquela.

Por outro lado, os prestadores de cuidados de saúde primários, caso ocorra nas suas instalações a realização da consulta prévia, devem garantir que os dados clínicos acima identificados constam

da nota de referência para acesso nos cuidados de saúde hospitalares onde irá decorrer o procedimento de IVG.

O médico é responsável por confirmar e atestar em impresso próprio que se trata de uma gravidez não superior às 10 (dez) semanas de gestação, ficando o mesmo arquivado no processo clínico, sendo possível iniciar o preenchimento do Registo Obrigatório[102].

Também na consulta prévia, devem ser confirmadas as condições que possibilitam a realização da interrupção da gravidez, bem como recai sobre os profissionais de saúde a responsabilidade de transmitir as informações e os esclarecimentos pertinentes à utente, designadamente: "[…] *de acordo com o tempo de gestação, a sua situação clínica e os fatores de risco envolvidos - sobre os métodos de interrupção da gravidez disponíveis (cirúrgica e medicamentosa) podendo escolher o método que preferir, desde que clinicamente adequado e disponível na instituição. Deverão, ainda, ser fornecidos esclarecimentos sobre o tipo de procedimentos envolvidos, as vantagens, os riscos e as eventuais complicações dos diferentes métodos, o tempo de demora previsível, o retorno à rotina diária e à actividade sexual.* […] *Na consulta prévia, deverá ainda ser discutida a questão do uso de contraceção e das diferentes opções disponíveis, promovendo-se a escolha de um método contracetivo adequado a iniciar, o mais precocemente possível, após a interrupção da gravidez* […]".

A Circular Normativa n.º 11/SR da DGS, de 21 de junho de 2007, acautela ainda a possibilidade de apoio psicológico, na medida em que "[o]*s profissionais de saúde que acolhem as mulheres que solicitam a interrupção da gravidez, deverão desenvolver competências que lhes permitam identificar as situações que requeiram outro tipo de suporte para a tomada de decisão consciente e que não poderá ser facultado apenas na consulta prévia. Por vezes estarão subjacentes histórias do foro psicológico e/ou psiquiátrico, de grande pobreza e/ou de ausência de suporte social, ou até com evidências de coerção. A estas mulheres em particular, assim como a todas que o solicitem, deve ser disponibilizado um apoio específico por psicólogo ou assistente social, assim como informação escrita sobre as respostas sociais concedidas pelo Estado na eventual prossecução da gravidez […]".*

No final da consulta prévia, a utente grávida, deve ter em sua posse o impresso para o consentimento livre e esclarecido, o qual deve ler e entregar no dia da realização do procedimento de IVG; no caso de ser menor de 16 anos, o consentimento para a realização da IVG é prestado pelo seu representante legal, a quem devem ser facultadas todas as informações necessárias; caso

[102] Como já se disse, todas as interrupções de gravidez, cirúrgicas ou medicamentosas, efetuadas ao abrigo do n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal, são de declaração obrigatória à DGS.

a mulher grávida não tenha capacidade para consentir, o consentimento é prestado, sendo menor, pelo seu representante legal e, sendo maior, por decisão do tribunal.

Caso não lhe tenha sido facultado previamente, deverá na consulta prévia ser entregue o Guia informativo sobre a interrupção da gravidez, o qual "[c]*omplementa a informação já fornecida sobre o método de interrupção acordado com a grávida - cirúrgico ou medicamentoso - e no qual devem constar a data da consulta prévia e a data prevista da interrupção da gravidez* […]".

Por fim, independentemente da decisão da mulher em efetuar o procedimento de realização da IVG, o prestador de cuidados de saúde hospitalares deve proceder ao agendamento da data de realização do procedimento de IVG no fim da consulta prévia, respeitando o período de reflexão – que não pode ser inferior a 3 (três) dias, podendo ser superior se a utente assim pretender -, e a idade gestacional – que não pode exceder as 10 (dez) semanas no momento da prática do procedimento; caso a consulta prévia seja efetuada nos cuidados de saúde primários, deverá o agendamento da consulta de realização do procedimento de IVG ser feita pelos próprios serviços, naquele dia, no estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido.

Já em 7 de novembro de 2007, a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) emitiu a circular normativa n.º 8, que visa esclarecer eventuais dúvidas no que se refere à organização dos serviços para implementação da Lei n.º 16/2007, de 17 de abril, tendo como destinatárias as unidades de saúde do SNS com a natureza de Entidade Pública Empresarial (E.P.E.), bem como as integradas no Setor Público Administrativo (SPA).

Assim, refere o ponto 1.º daquela circular que o hospital de apoio perinatal ou perinatal diferenciado pode efetuar diretamente ou de forma subcontratada os serviços inerentes ao procedimento de IVG, até às 10 (dez) semanas de gestação, em ambulatório, sendo da sua responsabilidade financeira todos os atos inerentes à prestação de serviços em causa.

Especificando o ponto 2.º que nas situações relacionadas com a objeção de consciência dos seus profissionais médicos, com a finalidade de não aumentar os tempos de espera no acesso ao procedimento de IVG, é competência dos hospitais a criação de um modelo de encaminhamento de subcontratação do serviço, devendo o mesmo pautar-se pela celeridade e não criar obstáculos ou barreiras de acesso às utentes, podendo diligenciar na criação de um atendimento por um profissional de saúde que, "[r]*egistará e encaminhará a mulher, através de um termo de compromisso do hospital* […]", validando a faturação posterior a apresentar pela entidade subcontratada no âmbito do protocolo previamente estabelecido.

Por fim, o ponto 3.º, zelando pela garantia do direito à informação do utente, estabelece que as entidades prestadoras de cuidados de saúde devem disponibilizar, de forma visível e nos locais habituais, os dias e o horário do atendimento referido no ponto anterior, bem como no site da DGS.

2.9 – Outras formas de acesso a prestação de cuidados de saúde: as teleconsultas

Assistimos, atualmente, a uma aposta no uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC) na prestação de cuidados de saúde. Estas tecnologias estão presentes quer em serviços de atendimento (teleconsultas) e diagnóstico, quer na vertente da monitorização dos cuidados, potenciando-se, deste modo, o acesso a cuidados e a capacidade de resposta dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde[103].

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define telemedicina como a prestação remota de cuidados de saúde por profissionais, que utilizam as tecnologias de informação e comunicação de modo a permitir a prevenção, avaliação, diagnóstico, tratamento e reabilitação, bem como a formação contínua de prestadores de cuidados de saúde, de forma a promover a saúde dos cidadãos e da sociedade[104].

Em Portugal, o Despacho n.º 3571/2013, de 6 de março, determinou que os serviços e estabelecimentos do SNS deveriam intensificar a utilização das tecnologias de informação e comunicação, por forma a promover e garantir o fornecimento de serviços de telemedicina aos utentes do SNS, estabelecendo, ainda, as definições de teleconsulta em tempo real e de teleconsulta em tempo diferido[105].

[103] Com interesse nesta matéria, destaca-se o Regulamento (UE) 2024/1689, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 13 de junho de 2024, que cria regras harmonizadas em matéria de inteligência artificial e que altera os Regulamentos (CE) n.º 300/2008, (UE) n.º 167/2013, (UE) n.º 168/2013, (UE) 2018/858, (UE) 2018/1139 e (UE) 2019/2144, e as Diretivas 2014/90/UE, (UE) 2016/797 e (UE) 2020/1828 (Regulamento da Inteligência Artificial), que entrou em vigor a 1 de agosto de 2024, sendo certo que será aplicável a partir de 2 de agosto de 2026.

[104] WHO (1998). A health telematics policy in support of WHO's Health-for-all strategy for global health development: report of the WHO Group Consultation on Health Telematics, https://apps.who.int/iris/handle/10665/63857.

[105] Já em 2014, a necessidade de implementação da estratégia para uma Rede de Telemedicina no Serviço Nacional de Saúde foi reforçada através do Despacho n.º 8445/2014, de 30 de junho, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, determinando-se que o acesso à Telemedicina deve ser generalizado, sendo a sua referenciação de âmbito nacional, sem quaisquer limitações no âmbito do SNS, de forma a aumentar a acessibilidade aos cuidados de saúde e a rentabilizar a capacidade instalada nas instituições do SNS.

Nos termos deste despacho, uma teleconsulta em tempo real é uma consulta fornecida por um médico distante do utente, com recurso à utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados, com a presença do utente junto de outro médico numa outra localização e com registo obrigatório no equipamento e no processo clínico, devendo realizar-se de forma síncrona. Já numa teleconsulta em tempo diferido são utilizadas comunicações interativas e audiovisuais para recolha de dados na presença do utente, sendo estes enviados para uma entidade recetora que os avaliará e opinará em tempo posterior (forma assíncrona)[106].

O Regulamento da ERS n.º 66/2015, de 11 de fevereiro, define como unidades de telemedicina as que incluem "*a prestação de cuidados de saúde à distância, nomeadamente os que utilizem para o efeito qualquer meio de transmissão de dados, ou comunicação eletrónica*."

Em 2020, a pandemia por COVID-19 suscitou a necessidade de redução da afluência de utentes aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e, por conseguinte, da realização de consultas presenciais, o que fez aumentar de forma significativa o número de teleconsultas.

Por conseguinte, em 2021, a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) emitiu a Circular Normativa n.º 3/2021/DPS/ACSS, de 26 de fevereiro, onde ampliou o conceito de teleconsulta, tendo-a definido como uma *"[…] consulta realizada à distância com recurso à utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados (inclui videochamada, telefone móvel ou fixo, correio eletrónico e outros meios digitais), com registo opcional no equipamento e obrigatório no processo clínico do utente. A teleconsulta pode ser feita em tempo real com a presença do utente numa outra localização ou em tempo diferido com dados recolhidos na presença do utente, sendo estes enviados para uma entidade recetora que os avaliará e sobre eles opinará posteriormente*."

A importância da telemedicina no Serviço Nacional de Saúde resulta, ainda, do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que estabelece, no seu artigo 8.º, n.º 1, al. a), que os estabelecimentos e serviços do SNS "*Desenvolvem respostas de proximidade às necessidades assistenciais, em todos os seus níveis de prestação, considerando*

[106] Para uma completa descrição da evolução do conceito de telemedicina e conceitos associados, como teleconsulta, poderá ser consultado o Estudo da ERS, realizado em 2022, sobre "*Prestação de Serviços de Telemedicina nos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde*", disponível em https://www.ers.pt/media/5oldn3b4/presta%C3%A7%C3%A3o-de-servi%C3%A7os-de-telemedicina-nos-hospitais-do-servi%C3%A7o-nacional-de-sa%C3%BAde.pdf, que procedeu ao levantamento do âmbito e natureza dos serviços de telemedicina existentes, ao abrigo da legislação em vigor, bem como à análise da oferta disponível e à avaliação do acesso a serviços de telemedicina nos hospitais do SNS. A par deste estudo, foi emitida pela ERS uma recomendação à Direção Executiva do SNS (DE-SNS) e à ACSS, que pode ser consultada em https://www.ers.pt/media/npumau00/recomenda%C3%A7%C3%A3o-telemedicina_25-05-2023.pdf.

objetivos de equidade, de eficiência e de qualidade e recorrendo à telessaúde e aos cuidados no domicílio, sempre que adequado".

Assim, tendo as teleconsultas um papel cada vez mais importante na prestação de cuidados de saúde, importa saber quais os direitos dos utentes que merecem especial atenção nesse âmbito e como devem ser garantidos pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, independentemente da sua natureza pública, privada, cooperativa ou social[107] [108].

Importa, também, salientar, como ponto prévio, que prestação de cuidados por teleconsultas apresenta um conjunto de vantagens relativamente à prestação de cuidados com presença física do utente e do profissional de saúde.

Com efeito, as teleconsultas facilitam o acesso a cuidados de saúde por parte de utentes que residem em áreas geográficas mais afastadas dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e de utentes com maiores restrições de deslocação (devido à sua idade ou condição física); permitem aumentar a produtividade dos profissionais e reduzir listas de espera e custos, aumentando o acesso a especialidades médicas, mitigando riscos de contágios e revelando-se, por vezes, uma opção mais conveniente para os utentes.

Não obstante, as teleconsultas comportam alguns riscos e suscitam preocupações, relacionados nomeadamente com a segurança e proteção de dados pessoais; com a qualidade dos cuidados prestados, em virtude da menor proximidade ao utente; com a existência de franjas da população com níveis insuficientes de literacia tecnológica que permita uma utilização eficiente deste recurso (inclui-se, aqui, a população idosa e socialmente desfavorecida); e, ainda, com o facto de não serem uma opção aplicável a todos os cuidados de saúde.

Estes riscos específicos da prestação de teleconsultas e as exigências gerais associadas à prestação de cuidados de saúde são acautelados pela previsão de um conjunto de direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde que são aplicáveis a qualquer forma de acesso a prestação de cuidados de saúde, incluindo-se, aqui, naturalmente, as teleconsultas.

---

[107] A ERS revisitou o tema da prestação de cuidados de saúde de telemedicina, com especial foco na garantia do cumprimento dos direitos dos utentes durante a prestação de teleconsultas, e nas vantagens e desvantagens das teleconsultas na ótica dos prestadores de cuidados de saúde, tendo publicado, em 2024, um estudo sobre "*Os direitos dos utentes na prestação de teleconsultas*", que pode ser consultado em https://www.ers.pt/media/bmfey0rn/estudo-teleconsultas07-24.pdf. A par, a ERS emitiu, ainda, o Alerta de Supervisão n.º 7/2024, de 2 de setembro, sobre "*Direitos dos utentes na prestação de teleconsultas*", e um Guia Prático para a Prestação de Teleconsultas, que agrega um conjunto de informações detalhadas sobre as obrigações e procedimentos a observar pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde com o intuito de os apoiar no efetivo cumprimento da lei.

[108] A ERS publicou, no seu *website*, perguntas frequentes sobre direitos dos utentes na prestação de teleconsultas, que podem ser consultadas em https://ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/direitos-dos-utentes-na-prestacao-de-teleconsultas/.

Em primeiro lugar, considerando o direito de acesso a cuidados de saúde em tempo útil/razoável e, por conseguinte, eficaz, importa assegurar que as teleconsultas cumprem os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) previstos na Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, quando aplicáveis[109].

Trata-se de um corolário do direito à proteção da saúde, ao qual subjaz a ideia de atualidade da prestação de cuidados de saúde que garanta simultaneamente a sua tempestividade e a sua eficácia.

Uma vez que a teleconsulta, enquanto forma de acesso a prestação de cuidados de saúde, não deve ter tratamento distinto quando comparada com a consulta presencial física, é importante garantir, também, o controlo dos tempos de resposta por nível de cuidados (cuidados de saúde primários e cuidados de saúde hospitalares) e por patologia específica, a saber, oncologia e cardiologia, conforme previsto na referida Portaria.

A prestação de cuidados de saúde através de teleconsulta convoca, também, questões relacionadas com o direito à decisão do utente.

A Base 2 da Lei de Bases da Saúde reconhece, nas alíneas e) e f), que "*Todas as pessoas têm direito […] A ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar […]*" e "*A decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo nos casos excecionais previstos na lei, a emitir diretivas antecipadas de vontade e a nomear procurador de cuidados de saúde*".

O utente deve poder decidir se consente ou se recusa a prestação de cuidados de saúde que lhe é proposta e, para que essa decisão seja juridicamente válida, deve ser livre, informada, esclarecida e consciente. Deste modo, o direito à decisão do utente contempla dois vetores essenciais que devem ser garantidos: o direito à informação e o direito a exercer a sua vontade, através da emissão do seu consentimento informado, ou da sua recusa informada.

Assim, no âmbito da teleconsulta, o utente deve ser informado, de forma completa e transparente, em momento prévio à sua realização, sobre os meios técnicos existentes e disponíveis, bem como sobre taxas, preços ou orçamentos referentes à prestação de cuidados de saúde em causa[110]. Nos

[109] Estão sujeitos aos TMRG previstos na Portaria n.º 153/2017 os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS, bem como os pertencentes aos restantes setores (privado, cooperativo ou social) quando intervenham no âmbito de acordo ou convenção celebrado com o SNS.

[110] Note-se, ainda, que, no âmbito da prestação de cuidados de saúde em estabelecimentos dos setores privado, cooperativo e social, o utente atua na qualidade de consumidor, integrando o âmbito subjetivo da Lei n.º 24/96, de 31 de julho, que aprovou o regime legal aplicável à defesa do consumidor.

casos em que haja lugar à gravação de som e/ou imagem da teleconsulta, deve também ser obtido o consentimento do utente para o efeito.

Ainda sobre o direito à decisão, importa referir que a Direção-Geral da Saúde (DGS) emitiu a Norma n.º 010/2015, de 15 de junho, dirigida às instituições do SNS, sobre o modelo de funcionamento das teleconsultas, na qual refere que "*O doente submetido a teleconsulta deve estar consciente e manifestar o seu acordo com a mesma, pelo que é obrigatório o seu consentimento informado, que deve ser dado por escrito, de acordo com a Norma nº 015/2013 de 03/10/2013, ficando apenso ao processo clínico*". Esta última norma foi atualizada a 4 de novembro de 2015 e estabelece o modelo-tipo de formulário de consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito.

As teleconsultas convocam, ainda, outro importante direito dos utentes: o direito de acesso aos respetivos dados de saúde, um corolário do respeito pelo direito de acesso a cuidados de saúde. Por conseguinte, a obrigação de assegurar que os utentes podem aceder aos seus dados de saúde recai sobre todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, independentemente da sua natureza jurídica, promovendo-se, deste modo, uma relação utente-prestador pautada pela transparência.

Para cumprir os seus propósitos, o processo clínico relativo a um determinado utente deve conter informação suficiente sobre (1) a sua identificação, sobre (2) todos os factos relacionados com a sua saúde, incluindo a sua situação atual, previsão de evolução futura e história clínica e familiar, e sobre (3) todos os factos relacionados com os cuidados de saúde que lhe tenham sido prestados e que lhe venham a ser prestados no estabelecimento de saúde em que o processo clínico se encontra depositado.

Por isso, também no âmbito da teleconsulta, incumbe aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, independentemente da sua natureza - singular ou coletiva, pública ou do setor privado, cooperativo ou social -, o dever de criar, manter, atualizar e conservar em arquivo os ficheiros relativos aos processos clínicos dos seus utentes, devendo, para o efeito, aí registar toda a informação clínica resultante da teleconsulta, incluindo o consentimento informado que tenha sido prestado pelo utente.

No que diz respeito ao direito ao acompanhamento do utente, a Lei de Bases da Saúde, na alínea h) do n.º 1 da Base 2, reconhece o direito de todas as pessoas a "*ser acompanhadas por familiar ou outra pessoa por si escolhida*", direito, este, que se encontra densificado na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, a qual passou a apresentar, de forma clara e integrada, as regras gerais de acompanhamento dos utentes dos serviços de saúde, bem como as regras específicas de

acompanhamento das mulheres grávidas durante o parto e do acompanhamento de utentes internados.

Assim, e no que respeita aos serviços do SNS, o n.º 1 do artigo 12.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, afirma o seguinte: "*a) É reconhecido e garantido a todos o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão do serviço;*

b) No caso da mulher grávida, é garantido o acompanhamento até três pessoas por si indicadas, em sistema de alternância, não podendo permanecer em simultâneo mais do que uma pessoa junto da utente."

Por sua vez, sendo aplicável a qualquer estabelecimento de saúde (dos setores público, privado, cooperativo ou social), nos termos dos n.ºs 2 a 5 do artigo 12.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março: "*2 - É reconhecido à mulher grávida internada em estabelecimento de saúde o direito de acompanhamento, durante todas as fases do trabalho de parto, por qualquer pessoa por si escolhida.*

3 - É reconhecido à mulher grávida, ao pai, a outra mãe ou a pessoa de referência o direito a participar na assistência na gravidez.

4 - É reconhecido à mulher grávida o direito ao acompanhamento na assistência na gravidez, por qualquer pessoa por si escolhida, podendo prescindir desse direito a qualquer momento, incluindo durante o trabalho de parto.

5 - É reconhecido o direito de acompanhamento familiar a crianças internadas em estabelecimento de saúde, bem como a pessoas com deficiência, a pessoas em situação de dependência e a pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida."

Estas regras relativas ao direito ao acompanhamento dos utentes são, então, igualmente aplicáveis quando as situações nelas previstas se verifiquem no âmbito da prestação de cuidados de saúde através de teleconsultas.

Ademais, a prestação de cuidados de saúde por meio de teleconsultas exige sempre que se garanta a qualidade e a segurança dos cuidados, dos recursos humanos, e das condições do espaço e equipamentos, por forma a garantir-se o respeito pelos direitos e interesses legítimos dos utentes.

Os utentes têm o direito de ser tratados humanamente, com privacidade e respeito, o que decorre diretamente do dever de os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde observarem, adequando as suas instalações e equipamentos para o efeito, o princípio da dignidade da pessoa humana, princípio estruturante da Constituição da República Portuguesa (cfr. artigo 1.º da CRP),

bem como de respeitarem o direito fundamental dos utentes à reserva da intimidade da vida privada estabelecido no artigo 26.º da CRP.

Nesta senda, torna-se necessário sensibilizar os utentes e os profissionais de saúde para que procurem garantir a adequação do local onde cada um dos intervenientes na teleconsulta se encontrará durante a sua realização, bem como a sua identificação inequívoca.

Deste modo, tendo especial atenção aos riscos associados à utilização da tecnologia para a comunicação à distância, o recurso às teleconsultas deve garantir o respeito pelos referidos direitos dos utentes, nomeadamente o direito à privacidade e à confidencialidade dos dados de saúde.

Por último, à semelhança do que acontece com as consultas com presença física, o utente despende tempo em condições de privacidade para receber cuidados de saúde através de teleconsulta. Deste modo, torna-se necessário que o prestador de cuidados de saúde garanta a emissão de declarações de presença, não só enquanto elemento de comprovação do recebimento de cuidados de saúde, mas também enquanto instrumento para o cumprimento de outros deveres dos utentes, como, por exemplo, o dever de justificação de ausências perante a sua entidade empregadora.

3. Direito a cuidados de saúde de qualidade

Inserido no Capítulo II ("*Direitos e deveres sociais*") do Título III ("*Direitos e deveres económicos, sociais e culturais*") da Parte I ("*Direitos e deveres fundamentais*") da CRP, o "*direito à protecção da saúde*", consagrado no artigo 64.º da CRP, assume-se como um dos pressupostos fundamentais da densificação do princípio da dignidade da pessoa humana (artigo 1.º da CRP) e da "*realização da democracia* (…) *social*" (artigo 2.º da CRP).

Conforme se pode ler no n.º 3 do mencionado preceito constitucional, "*para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado* […] *garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação*" [alínea a)], e "*disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade*" [alínea d)].

No mesmo sentido aponta também o legislador ordinário, desde logo na Base 1 da LBS, quando se afirma que "*O direito à proteção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social*" e na alínea b) do n.º 1 da Base 2, nos termos da qual todas as pessoas têm direito a "*aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e*

no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde".

Estas disposições são paradigmáticas da relação estreita existente entre o direito à proteção da saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana, exigindo-se que aquela proteção seja concretizada de forma digna, o que significa que os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, os seus profissionais e, bem assim, os equipamentos por aqueles utilizados, deverão revelar-se idóneos para proporcionar ao utente, porque colocado numa situação de particular fragilidade e vulnerabilidade, o conforto e o bem-estar exigíveis.

Por outro lado, o legislador sinaliza expressamente que uma outra dimensão da dignificação dos cuidados de saúde prestados ao utente decorre, igualmente, da prontidão com que os mesmos lhe são prestados.

Finalmente, a referência à adequação dos cuidados de saúde e à necessidade de os mesmos obedecerem quer à evidência científica, quer às boas práticas de qualidade e segurança, espelha a preocupação do legislador em assegurar ao utente a correção técnico-científica dos cuidados que lhe são prestados.

No mesmo sentido, a CDHB impõe, no seu artigo 3.º, o acesso equitativo aos cuidados de saúde, afirmando a obrigação do Estado, tendo em conta as necessidades de saúde e os recursos disponíveis, tomar as medidas adequadas com vista a assegurar, sob a sua jurisdição, um acesso aos cuidados de saúde de qualidade apropriada.

Note-se que o direito à adequação da prestação dos cuidados de saúde, além dos comandos normativos genéricos consagrados na LBS, encontra, igualmente, guarida na Lei n.º 15/2014, de 21 de março. De facto, o artigo 4.º do mencionado diploma legal estatui expressamente que o utente tem direito a "*receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita*" (n.º 1) e "*à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos*" (n.º 2). Todavia, o n.º 3 do referido preceito legal acrescenta dois critérios de avaliação da adequação dos cuidados de saúde, sublinhando que estes deverão ser "*prestados humanamente e com respeito pelo utente*", o que evidencia, uma vez mais, a interligação entre o direito à proteção da saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana.

Importa ainda ressalvar que, realizando-se o direito constitucional à proteção da saúde através de um "*serviço nacional de saúde universal, geral e* […] *tendencialmente gratuito*" (n.º 2 do artigo 64.º da CRP), não poderá surpreender que o direito à adequação da prestação dos cuidados de saúde se encontre também expressamente consagrado na LBS, no que respeita à configuração do próprio

SNS. Assim, nos termos do n.º 2 da Base 20 da LBS, o SNS pauta a sua atuação pelos seguintes princípios: "[…] *d) Integração de cuidados, salvaguardando que o modelo de prestação garantido pelo SNS está organizado e funciona de forma articulada e em rede;* […] *f) Qualidade, visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa;*". De igual forma, e como já se disse, no desenvolvimento da sua missão e atribuições, os estabelecimentos de saúde E.P.E. e os estabelecimentos de saúde S.P.A. são enquadrados pelo princípio da garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade, conforme dispõe a alínea b) do artigo 65.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

Mas este direito não se circunscreve apenas ao SNS, devendo ser respeitado por todos os profissionais de saúde em qualquer estabelecimento prestador de cuidados de saúde dos setores público, privado, cooperativo e social.

A necessidade de garantir requisitos mínimos de qualidade e segurança ao nível da prestação de cuidados de saúde, dos recursos humanos, do equipamento disponível e das instalações está aqui presente de uma forma mais acentuada do que em qualquer outra área. As relevantes especificidades do setor da saúde agudizam a necessidade de garantir que os serviços sejam prestados em condições que não lesem os interesses e direitos dos utentes.

Aliás, refira-se que esta preocupação com a prestação de cuidados de saúde de qualidade foi igualmente vertida no Código Penal. Nos termos do n.º 1 do artigo 150.º deste diploma, "*As intervenções e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as leges artis, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física*.". Porém, nos termos do n.º 2 do mesmo artigo 150.º, "*As pessoas indicadas no número anterior que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos violando as leges artis e criarem, desse modo, um perigo para a vida ou perigo de grave ofensa para o corpo ou para a saúde são punidas com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias, se pena mais grave lhes não couber por força de outra disposição legal.*". O respeito pelas leis da arte, pelo estado de conhecimento e da experiência são, assim, condições essenciais para a prestação de cuidados de saúde, procurando-se com esta disposição proteger a vida, a saúde e a integridade física dos utentes.

Os utentes gozam do direito de exigir dos prestadores de cuidados de saúde o cumprimento dos requisitos de higiene, segurança e salvaguarda da saúde pública, bem como a observância das

regras de qualidade e segurança definidas pelos códigos científicos e técnicos aplicáveis e pelas regras de boa prática médica, ou seja, pelas referidas *leges artis*.

Por outro lado, quando o legislador refere que os utentes têm o direito de ser tratados pelos meios adequados e com correção técnica está certamente a referir-se à utilização, pelos prestadores de cuidados de saúde, dos cuidados e tecnologias mais corretas e que melhor se adequem às necessidades concretas de cada utente.

A afirmação de que os utentes têm o direito de ser tratados humanamente, com privacidade e respeito decorre diretamente do dever dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde observarem o princípio da dignidade da pessoa humana, como princípio estruturante da República Portuguesa (cfr. artigo 1.º da CRP). De facto, os profissionais de saúde devem ter redobrado cuidado em respeitar os utentes, concretizando dessa forma o direito fundamental à reserva da intimidade da vida privada estabelecido no artigo 26.º da CRP. Em todos os momentos da prestação de cuidados de saúde (seja no atendimento, diagnóstico ou prestação de cuidados), deve ser respeitada a reserva da vida privada dos utentes, o que também implica a necessidade das instalações e equipamentos de saúde se adequarem para o efeito.

Em suma, para assegurar que ao utente são prestados cuidados de saúde de qualidade, os profissionais de saúde e os estabelecimentos onde são prestados cuidados de saúde devem respeitar:

i) Os requisitos legais, no que respeita à formação académica, habilitação, certificação e formação profissional para o exercício da atividade;

ii) Os requisitos de qualidade referentes aos equipamentos utilizados na prestação de cuidados de saúde;

iii) As regras legais de funcionamento dos estabelecimentos, em especial no que diz respeito à obrigação de registo público junto da ERS e à obtenção de licença e cumprimento de requisitos de funcionamento[111];

iv) As normas, códigos de conduta e deontológicos, regras de serviço e protocolos de qualidade, emitidos pelas entidades com competências na área da saúde, nomeadamente o Ministério da Saúde, a DGS, a ACSS ou as Ordens Profissionais.

[111] A obrigação de registo no SRER da ERS consta do artigo 26.º dos Estatutos desta Entidade e do Regulamento da ERS n.º 66/2015, de 11 de fevereiro; o regime a que ficam sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, consta do Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto.

Para além destas exigências, os prestadores de cuidados de saúde devem ainda cumprir um conjunto de procedimentos que têm por objetivo prevenir e controlar a ocorrência de incidentes e eventos adversos, que possam afetar a qualidade dos cuidados prestados e os direitos e interesses legítimos dos utentes. Em especial, devem ser observadas as regras constantes da Orientação da DGS n.º 011/2012, referente à Análise de Incidentes e de Eventos Adversos, bem como a Norma da DGS n.º 017/2022, referente à Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente.

Estes documentos da DGS, aplicáveis a todas as entidades prestadoras de cuidados de saúde, estabelecem procedimentos que constituem instrumentos eficazes para a deteção de eventos adversos e para estimular a reflexão e o estudo sobre os mesmos, por forma a determinar a alteração de comportamentos, bem como a correção e retificação de erros, em prol da qualidade, eficácia, eficiência e segurança dos cuidados de saúde a prestar aos utentes.

Assim, a Orientação da DGS n.º 011/2012 estabelece concretamente o seguinte:

> "[…] *Sempre que se verificar a ocorrência de um incidente potencialmente grave ou de um evento adverso, os serviços prestadores de cuidados de saúde devem:*
>
> *1) promover a aprendizagem sobre as respetivas causas e prevenir a sua recorrência;*
>
> *2) identificar as causas raiz do evento e procurar atuar sobre essas causas, indo além da mera resolução das manifestações dos problemas;*
>
> *3) seguir a metodologia de desenvolvimento da Análise das Causas Raiz, elaborada a partir das experiências internacionais nesta área, anexa à presente Orientação e que dela faz parte integrante.* […]."

Por seu turno, a Norma da DGS n.º 017/2022 estabelece que:

> *"[…]*
>
> *2. A notificação nos sistemas de notificação de incidentes de segurança do doente é voluntária e pode ser feita pelo cidadão ou pelo profissional de saúde, de forma anónima.*
>
> *3. As informações contidas na notificação devem ser utilizadas com o fim único e exclusivo de gestão e análise de incidentes de segurança do doente, mediante os princípios de anonimização, confidencialidade e não punibilidade do notificador e das pessoas envolvidas no incidente.*
>
> *[…]*

5. O sistema de notificação de incidentes de segurança do doente deve permitir o reporte, a análise, a gestão e a monitorização do incidente, conduzindo à implementação efetiva de medidas de melhoria e/ou corretivas de situações geradoras de dano, real ou potencial.

[…]

7. Todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde do Sistema de Saúde devem ter uma estrutura responsável pela gestão e análise interna de incidentes de segurança do doente, que terá como objetivos:

a) desenvolver a cultura de segurança;
b) promover a notificação de incidentes de segurança do doente, visando a aprendizagem com o erro, de forma não punitiva;
c) gerir e analisar os incidentes;
d) implementar medidas corretivas e/ou de melhoria de modo a evitar novos incidentes.

8. Cada instituição prestadora de cuidados de saúde deve nomear uma equipa multidisciplinar de gestores de incidentes de segurança do doente e respetivo gestor coordenador, para a gestão e análise de incidentes de segurança do doente, cuja constituição e dimensão dependem das características da instituição de prestação de cuidados.

9. O Conselho de Administração/Conselho Diretivo/Direção da instituição prestadora de cuidados de saúde deve comunicar a constituição da equipa de gestores de segurança do doente, e respetivo gestor coordenador, ao Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), da DGS, através do endereço notificaseg.doente@dgs.min-saude.pt. Para este efeito, devem constar as seguintes informações sobre o gestor coordenador e sobre quem o substitui nas suas ausências, bem como dos outros gestores que integram a equipa de gestores de segurança do doente:

a) nome completo;
b) endereço eletrónico institucional, o qual deve ser nominal;
c) contato telefónico institucional;
d) categoria profissional.

10. Os gestores de incidentes de segurança do doente têm as seguintes funções:

a) tratamento e análise de incidentes de segurança do doente;
b) elaboração do plano de ação decorrente da análise de incidentes;
c) implementação/acompanhamento das ações de melhoria, sempre que aplicável;
d) registo das medidas corretivas e/ou de melhoria resultantes da análise de incidentes.

[…]

14. Para cada incidente de segurança o gestor coordenador/gestor de incidentes de segurança do doente define um Plano de Ação que vise:

a) estabelecer respostas aos problemas, identificando as causas, os fatores contribuintes e barreiras existentes;
b) determinar o responsável pela sua execução; e,
c) definir o período temporal para a sua concretização (prazo de execução).

15. De modo a garantir que o Plano de Ação conduza à implementação de medidas de melhoria e/ou corretivas de situações geradoras de dano, real ou potencial, os vários níveis de gestão das instituições prestadoras de cuidados de saúde do Sistema de Saúde devem ser envolvidos. Para este efeito, após o processo de análise de incidente de segurança do doente, o gestor coordenador é responsável pela:

a) divulgação do Plano de Ação resultante aos Diretores e/ou Coordenadores dos serviços envolvidos (locais onde ocorreu o incidente e onde o plano será implementado), assim como, aos órgãos de gestão da instituição;
b) aprovação do Plano de Ação após auscultação e concordância, dos intervenientes acima mencionados.

16. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.

4. Direito à decisão

4.1 – Direito à decisão livre e informada: consentimento e recusa

O direito à decisão, livre e informada, sobre a prestação de cuidados de saúde é um requisito ético e jurídico fundamental que deve ser cumprido na relação estabelecida entre utentes, profissionais de saúde e entidades responsáveis por estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, assumindo-se como uma manifestação de respeito pelo utente e pela realização dos valores da dignidade humana, da liberdade e da autodeterminação pessoal.

Ao utente deve ser reconhecido o direito a decidir se consente ou se recusa a prestação de cuidados de saúde que lhe é proposta; as regras e princípios jurídicos que asseguram o direito à decisão refletem a primazia que o nosso ordenamento jurídico confere ao utente à proteção da sua dignidade, autodeterminação e liberdade, perante os profissionais e estabelecimentos onde são prestados os cuidados de saúde.

O respeito deste conjunto de regras não só assegura a proteção do utente quanto à sujeição a cuidados por si não desejados, como promove uma maior e mais efetiva participação na definição dos cuidados de saúde a que é submetido. O respeito por estes direitos e normas permite ao profissional de saúde melhorar a comunicação com o utente, que pode revelar-se decisiva para a recolha dos elementos necessário à conformação do seu juízo científico e técnico e, assim, para melhorar a qualidade, eficiência e eficácia dos cuidados de saúde a prestar.

A decisão do utente sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, para ser juridicamente válida, deve ser livre, informada, esclarecida e consciente. Deste modo, o direito à decisão contempla dois vetores essenciais: o direito à informação e o direito ao consentimento ou à recusa.

Para poder conformar a sua liberdade e exercer o seu direito de decisão sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, o utente necessita que lhe seja disponibilizada, de forma que o próprio compreenda, toda a informação necessária para decidir se aceita ou se recusa a prestação de cuidados de saúde. Nenhuma prestação de cuidados de saúde poderá ser iniciada, sem que este requisito esteja cumprido: ainda que um determinado tratamento seja aquele que a ciência e as boas práticas indiquem como o mais adequado à situação clínica concreta do utente, ainda que esse tratamento possa ser executado em conformidade com as regras científicas e técnicas aplicáveis – ou seja, de acordo com as *leges artis* -, se não for prestada previamente ao utente toda a informação e obtido o seu consentimento, o profissional de saúde não poderá levá-lo a cabo, sob pena de violar a Lei e a ofender direitos fundamentais do utente.

Conforme decorre do no n.º 1 do artigo 150.º do Código Penal, inserido no capítulo dedicado aos crimes contra a integridade física, "*As intervenções e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as leges artis, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física*.". Resulta da norma em causa que qualquer ato, praticado por um profissional de saúde devidamente habilitado para o efeito, com propósito terapêutico e que esteja em conformidade com as *leges artis*, ainda que venha a provocar danos ao utente, não se considera ofensa à integridade física.

Porém, e ainda a propósito da atividade dos profissionais de saúde, nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 156.º do mesmo Código Penal – já integrando o capítulo referente aos crimes contra a liberdade pessoal –, "*As pessoas indicadas no artigo 150.º que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos sem consentimento do utente são punidas com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa*".

Neste sentido, um profissional de saúde, devidamente habilitado para exercer a sua profissão, que tenha executado o tratamento adequado e indicado para resolver o problema de saúde de um utente, mas sem o consentimento deste último, terá praticado um crime – precisamente, o crime de intervenção e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários.

A liberdade e autodeterminação do utente são valores tão importantes como aqueles referentes à integridade física; e no caso do crime previsto no artigo 156.º do Código Penal, os bens jurídicos fundamentais que o legislador pretendeu proteger foram, precisamente, a liberdade, a autodeterminação e a dignidade da pessoa humana.

A CRP contempla várias disposições que visam assegurar a proteção dos valores e princípios acabados de expor: logo no seu artigo 1.º, define-se Portugal como uma República soberana, "*baseada na dignidade da pessoa humana*". A defesa e a promoção da dignidade humana são valores essenciais do nosso sistema democrático, que fundamentam os princípios da inviolabilidade da integridade moral e físicas das pessoas e o reconhecimento dos direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à reserva da intimidade da vida privada e familiar, à proteção legal contra quaisquer formas de discriminação e à liberdade (cfr. artigos 25.º, 26.º e 27.º da CRP).

Esta dimensão de proteção conferida pela CRP transmite-se a todo o ordenamento jurídico, que adotou como um dos seus princípios estruturantes a proteção da personalidade – nos termos do n.º 1 do artigo 70.º do Código Civil, "*A lei protege os indivíduos contra qualquer ofensa ilícita ou ameaça de ofensa à sua personalidade física ou moral*".

Por sua vez, a Base 2 da LBS reconhece, nas alíneas e) e f), que "*Todas as pessoas têm direito* […] *A ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar* […]" e "*A decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo nos casos excecionais previstos na lei, a emitir diretivas antecipadas de vontade e a nomear procurador de cuidados de saúde*;".

Também a CDHB afirma, como objetivo fundamental dos Estados Signatários, o de protegerem a dignidade e identidade de qualquer ser humano e garantirem, sem discriminação, o respeito pela

sua integridade e pelos seus outros direitos e liberdades fundamentais, face às aplicações da biologia e da medicina. Desta forma, o interesse e o bem-estar do ser humano devem prevalecer sobre o interesse da sociedade ou da ciência – primado do ser humano (cfr. artigo 2.º da Convenção). Assim, e no que respeita ao consentimento para a prestação de cuidados de saúde, o artigo 5.º da Convenção afirma o seguinte: "*Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento*."

Por sua vez, a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, no seu artigo 3.º, sob a epígrafe "*consentimento ou recusa*", afirma que "*O consentimento ou a recusa da prestação dos cuidados de saúde devem ser declarados de forma livre e esclarecida, salvo disposição especial da lei*" (cfr. n.º 1) e que "*O utente dos serviços de saúde pode, em qualquer momento da prestação dos cuidados de saúde, revogar o consentimento*." (cfr. n.º 2).

4.2 – Informação

No que respeita ao direito à informação, nos termos do artigo 7.º da Lei n.º 15/2014, "*O utente dos serviços de saúde tem o direito a ser informado pelo prestador dos cuidados de saúde sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado*" (cfr. n.º 1), sendo certo que esta informação deverá ser transmitida de forma acessível, objetiva, completa e inteligível (cfr. n.º 2).

Face ao quadro legal vigente, podemos então concluir que qualquer cuidado de saúde só poderá ser prestado se estiverem cumpridos dois procedimentos prévios: prestação de informação ao utente e obtenção de seu consentimento.

Não basta uma anuência ou adesão genérica do utente ao exame ou tratamento que lhe é proposto, para que a atuação do profissional de saúde seja legítima e legal; a Lei impõe que esse consentimento seja específico, livre e esclarecido.

Por esse motivo, o artigo 157.º do Código Penal afirma que o consentimento só é eficaz quando o utente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento - ou seja, quando ao utente forem fornecidos todos os elementos necessários à tomada de uma decisão consciente, fundamentada e livre.

Este sublinhar da obrigatoriedade de informar, previamente, o utente, mais não é do que o corolário do reconhecimento do seu papel essencial na relação estabelecida com o profissional de saúde, e a concretização dos princípios fundamentais da autodeterminação e liberdade: é ao utente que compete tomar a decisão sobre a execução dos exames e tratamentos que lhe são propostos.

Isto não significa, como é bom de ver, que caiba ao utente definir quais os exames ou tratamentos que devem ser efetuados em função do seu problema de saúde, uma vez que esse é um juízo técnico, da competência do profissional de saúde. Porém, uma vez eleitos os melhores procedimentos aplicáveis à situação clínica concreta, caberá ao utente decidir se os aceita ou recusa. E, para poder tomar essa decisão, o utente tem de estar na posse de toda a informação relevante – sem informação prévia adequada, a sua decisão não será válida.

O direito fundamental dos utentes de cuidados de saúde à informação, bem como os princípios da verdade e transparência, são relevantes em três momentos distintos:

a) antes da escolha da entidade prestadora de cuidados de saúde (garantindo-se assim o exercício da liberdade de escolha, nos termos previstos na Lei e que à ERS cumpre garantir, bem como o consentimento ou recusa da prestação de cuidados ou o exercício de outros direitos, tais como o direito do utente de solicitar a opinião de outro profissional de saúde sobre a sua situação clínica ou sobre alternativas ao tratamento inicialmente proposto);

b) durante a prestação de cuidados de saúde (garantindo-se que o utente se encontra sempre informado sobre a situação e evolução do seu estado de saúde); e

c) depois de terminada a relação estabelecida com o profissional de saúde e com a entidade prestadora de cuidados de saúde (quando tal seja necessário para o exercício de direitos ou interesses legítimos de ambas as partes).

O direito do utente à informação assume-se, assim, como um princípio que deve modelar todo o quadro de relações, atuais e potenciais, entre utentes e prestadores de cuidados de saúde de todos os setores - público, privado, social ou cooperativo.

Refira-se, a este respeito, que a informação em causa deve ser prestada com verdade, com antecedência (para não colocar o utente numa situação de pressão quanto à tomada de decisão), de forma clara, adaptada à sua capacidade de compreensão, contendo todos os elementos necessários à decisão (o que deverá obviamente incluir a informação sobre os concretos atos que o prestador se propõe a prestar, mas também sobre o preço a pagar pelos mesmos), e tendo em conta a sua personalidade, o seu grau de instrução e de conhecimento sobre a sua situação de saúde, bem como, o seu estado físico, clínico e mental.

Importa realçar que se coloca aqui, de forma clara, a questão que constitui um dos problemas fundamentais em saúde e que se prende com a assimetria de informação que existe em todas as relações estabelecidas entre prestador e utente. Na verdade, estas relações são caracterizadas pela informação imperfeita que, regra geral, os utentes possuem relativamente à saúde e à doença. Se, por um lado, é natural que um utente perceba a existência de um sintoma, embora tipicamente não determine a origem e gravidade do mesmo, será, normalmente, um profissional de saúde que determinará a gravidade do problema e conduzirá o utente ao tratamento adequado. A assimetria de informação resulta, precisamente, do facto dos profissionais de saúde serem portadores do conhecimento exato sobre os cuidados mais adequados às necessidades dos utentes; o utente comum não será conhecedor da doença de que padece, e muito menos dos tratamentos de que necessita, dos materiais, fármacos ou consumos a utilizar em cirurgias, dos exames complementares de diagnóstico adequados ou dos custos inerentes aos cuidados propostos – e por isso mesmo é que recorre a um prestador de cuidados de saúde, para o aconselhar na decisão a tomar.

4.2.1 – A quem compete informar o utente

A prestação de cuidados de saúde resulta, normalmente, do trabalho de uma equipa alargada. A diversidade de profissionais de saúde, a multiplicidade de recursos tecnológicos e o trabalho em equipa determinam que o utente contacte com vários profissionais durante o processo de prestação de cuidados, colocando-se assim a dúvida sobre quem recai a obrigação jurídica de transmitir toda a informação sobre os cuidados que se pretende prestar, bem como, a quem incumbirá obter o consentimento do utente para o efeito.

Considera-se que a obrigação de prestar a informação clínica relevante para que o utente decida e emita a necessária decisão compete, regra geral, ao profissional de saúde que propõe os cuidados de saúde. Isto não significa, porém, que os restantes profissionais fiquem isentos de obrigações no que respeita a esta matéria; neste contexto, aqueles que participem no processo – e que possuam os conhecimentos e competências necessárias para o efeito – são responsáveis por assegurar que, antes de iniciado o exame de diagnóstico ou realizada a intervenção terapêutica ou cirúrgica, o utente está suficientemente informado sobre a ação proposta e, nesse sentido, que conferiu o consentimento exigido.

Porém, nem sempre o profissional de saúde que propõe e prescreve um determinado cuidado tem a necessária experiência, conhecimentos ou competências técnicas para poder, conscientemente, prestar toda a informação relevante ao utente; fruto da especialização e evolução da ciência e da

medicina, esse conhecimento mais específico poderá estar na posse de outro profissional de saúde que irá executar o exame, tratamento ou intervenção proposto. Nesse caso, a obrigação de informar o utente caberá a ambos os profissionais, na medida dos seus conhecimentos técnicos: ao profissional de saúde que prescreve compete informar o utente sobre o seu estado de saúde e sobre a necessidade e vantagens do exame, tratamento ou intervenção por si indicado; por sua vez, ao profissional de saúde que executará o exame, tratamento ou intervenção compete informar o utente sobre a natureza do mesmo, os riscos e benefícios associados e os efeitos secundários que dele podem advir. Podemos assim concluir que, face às circunstâncias concretas, o dever de informar compete ao profissional de saúde que propõe os cuidados de saúde e ao profissional de saúde que os presta.

No que respeita às informações administrativas e financeiras (nomeadamente sobre taxas, preços, orçamentos, transportes, horários, documentos administrativos necessários, entre outras), que também terão de ser prestadas previamente ao utente para conformar e fundamentar a sua decisão, deverá o estabelecimento onde os cuidados de saúde serão prestados possuir os competentes procedimentos internos e definir o responsável pelo cumprimento dessa obrigação legal, que poderá recair num profissional de saúde ou noutra pessoa a quem tenha sido atribuída esta função específica, assegurando-se sempre a reserva, confidencialidade e proteção dos dados pessoais do utente.

4.2.2 – Quem deve ser informado

Regra geral, a informação prévia para a obtenção de consentimento para cuidados de saúde deve ser prestada ao utente. Se o propósito é conceder elementos para que o utente possa exercer os seus direitos de liberdade, autonomia e autodeterminação, é ao próprio que deve ser reconhecido o direito à informação: é ele quem irá tomar uma decisão sobre os concretos cuidados de saúde que lhe são propostos, como também, em função dessa informação, é o próprio que decidirá a que prestador recorrer, ao abrigo da sua liberdade de escolha, ou até se deverá solicitar uma segunda opinião sobre a proposta que lhe é apresentada[112].

[112] A este propósito, o catálogo dos direitos dos utentes constante da LBS, da Lei n.º 15/2014 ou da CDHB não efetua nenhuma referência expressa ao direito dos utentes à segunda opinião. Porém, em todos estes diplomas é reconhecido o direito à decisão – ao consentimento ou à recusa da prestação de cuidados de saúde proposta. Ora, o direito dos utentes a uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde é uma consequência do direito à decisão: os utentes têm direito a obter um parecer de um outro profissional de saúde para, dessa forma, complementarem a informação sobre o seu estado de saúde, e para que assim possam tomar uma decisão mais esclarecida sobre a proposta de cuidados de saúde que lhe é apresentada.

Acresce ainda que a relação estabelecida entre o utente e o profissional de saúde, atenta a matéria em causa, está salvaguardada pelo princípio da reserva da intimidade da vida privada e, nessa medida, protegida pelo dever de sigilo profissional. Deste modo, o profissional de saúde não poderá prestar informação sobre a saúde do utente a terceiros – nem mesmo familiares deste – sem autorização prévia e expressa do próprio, sob pena de violar essa obrigação de segredo profissional.

Ademais, a informação prévia para a obtenção de consentimento para cuidados de saúde poderá ainda ser prestada a quem estiver habilitado específica e expressamente para o efeito, seja por via de autorização concedida pelo utente (procurador de cuidados de saúde), seja por via da lei (progenitores, no caso de utentes menores), ou por via de decisão judicial (acompanhantes, no caso de utentes maiores acompanhados).

4.2.3 – Que informação deve ser prestada

Para que o utente possa, em consciência e liberdade, tomar uma decisão sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos (sobre a execução de um determinado tratamento, sobre a toma de um fármaco específico ou sobre a realização de exames complementares de diagnóstico), terá de ser informado sobre todos os elementos essenciais para o efeito, a saber:

a) Diagnóstico

É obrigação do profissional de saúde informar o utente sobre o diagnóstico clínico alcançado na sequência da observação que efetuou: estado de saúde atual e provável evolução, caso não seja realizada qualquer intervenção.

b) Intervenção proposta (exame complementar de diagnóstico, intervenção terapêutica ou medicamentosa)

Em função da observação efetuada, o profissional de saúde deverá informar o utente sobre o exame complementar de diagnóstico, ou a intervenção terapêutica ou medicamentosa que entender como necessário e adequado para o seu caso concreto, incluindo a descrição dos meios a utilizar, dos fins que se pretende alcançar, do prognóstico associado à sua utilização, bem como dos riscos e efeitos secundários que possam daí resultar para o utente.

c) Alternativas

Para se alcançar um diagnóstico, pode revelar-se necessário realizar previamente um determinado exame que auxilie o profissional de saúde na sua avaliação técnica. Porém, e não raras vezes, este tem à sua disposição exames diferentes que podem servir para obter um mesmo resultado. Da mesma forma, alcançado um diagnóstico sobre o estado de saúde do utente, a ciência pode considerar válidas, eficazes e eficientes diferentes abordagens, terapêuticas e intervenções para o efeito.

A escolha de uma solução em detrimento de outra, constitui uma opção técnica, que compete em exclusivo ao profissional de saúde; é este quem possui os conhecimentos necessários para o efeito e a sua autonomia técnica e profissional obriga-o a tomar essa decisão, face ao problema concreto com que se depara.

Porém, transmitida a decisão técnica ao utente, incumbe ainda ao profissional de saúde prestar-lhe informação sobre as demais alternativas que poderiam ser utilizadas no seu caso, se existirem, bem como sobre os motivos e fundamentos que presidiram à sua decisão.

d) Riscos e efeitos secundários

O profissional de saúde deve informar o utente sobre os riscos e efeitos secundários conhecidos e inerentes ao exame, tratamento ou intervenção proposto, para que este possa, livre e autonomamente, conformar a sua vontade. Para além disso, o profissional de saúde deve ainda informar o utente sobre os procedimentos e cuidados de saúde que possam revelar-se necessários, caso se verifique algum daqueles riscos e efeitos secundários.

e) Questões administrativas, logísticas e financeiras

As repercussões administrativas, logísticas e financeiras que a prestação de cuidados de saúde pode importar devem ser transmitidas ao utente. Cabem neste âmbito, designadamente, informações sobre os meios humanos e técnicos existentes e disponíveis no estabelecimento em causa para a prestação dos cuidados de saúde necessários; sobre as regras de acesso e de referenciação em vigor no SNS; sobre autorizações prévias a emitir por entidades terceiras; sobre taxas, preços ou orçamentos referentes à prestação de cuidados de saúde em causa; sobre a natureza e regras da convenção que o prestador de saúde tenha celebrado com um qualquer subsistema de saúde, ou sobre as regras de um seguro de saúde aplicável.

Todas estas informações podem ser relevantes, não só para a decisão do utente quanto à prestação de cuidados de saúde em concreto, mas ainda para que este possa escolher livremente o prestador dos cuidados de saúde a que irá recorrer (do setor público, privado, social ou cooperativo).

Acresce ainda que o utente, na relação estabelecida com entidades prestadoras de cuidados de saúde dos setores privado, social e cooperativo, assume a qualidade de consumidor, pelo facto da Lei n.º 24/96, de 31 de Julho, que aprovou o regime legal aplicável à defesa do consumidor, definir como consumidor "*aquele a quem sejam fornecidos bens, prestados serviços ou transmitidos quaisquer direitos, destinados a uso não profissional, por pessoa que exerça com carácter profissional uma actividade económica que vise a obtenção de benefícios*." – cfr. n.º 1 do artigo 2.º do referido diploma legal.

Nesse seguimento, deve ter-se presente que "*O consumidor tem direito*: […] *d) À informação para o consumo; e) À protecção dos interesses económicos; f) À prevenção e à reparação dos danos patrimoniais ou não patrimoniais que resultem da ofensa de interesses ou direitos individuais homogéneos, colectivos ou difusos* […]" – cfr. artigo 3.º da Lei n.º 24/96.

Ora, concretiza o referido diploma legal, no n.º 1 do seu artigo 8.º, e no que respeita ao "*Direito à informação em particular*", que "*O fornecedor de bens ou prestador de serviços deve, tanto na fase de negociações como na fase de celebração de um contrato, informar o consumidor de forma clara, objetiva e adequada, a não ser que essa informação resulte de forma clara e evidente do contexto, nomeadamente sobre:*

> *a) As características principais dos bens ou serviços, tendo em conta o suporte utilizado para o efeito e considerando os bens ou serviços em causa;*
>
> *b) A identidade do fornecedor de bens ou prestador de serviços, nomeadamente o seu nome, firma ou denominação social, endereço geográfico no qual está estabelecido e número de telefone;*
>
> *c) O preço total dos bens ou serviços, incluindo os montantes das taxas e impostos, os encargos suplementares de transporte e as despesas de entrega e postais, quando for o caso;*
>
> *d) O modo de cálculo do preço, nos casos em que, devido à natureza do bem ou serviço, o preço não puder ser calculado antes da celebração do contrato;*
>
> *e) A indicação de que podem ser exigíveis encargos suplementares postais, de transporte ou de entrega e quaisquer outros custos, nos casos em que tais encargos não puderem ser razoavelmente calculados antes da celebração do contrato;*

f) As modalidades de pagamento, de entrega ou de execução e o prazo de entrega do bem ou da prestação do serviço, quando for o caso;

g) O sistema de tratamento de reclamações dos consumidores pelo profissional, bem como, quando for o caso, sobre os centros de arbitragem de conflitos de consumo de que o profissional seja aderente, e sobre a existência de arbitragem necessária;

h) O período de vigência do contrato, quando for o caso, ou, se o contrato for de duração indeterminada ou de renovação automática, as condições para a sua denúncia ou não renovação, bem como as respetivas consequências, incluindo, se for o caso, o regime de contrapartidas previstas para a cessação antecipada dos contratos que estabeleçam períodos contratuais mínimos;

i) A existência de garantia de conformidade dos bens, dos conteúdos e serviços digitais, com a indicação do respetivo prazo, e, quando for o caso, a existência de serviços pós-venda e de garantias comerciais, com descrição das suas condições;

j) A funcionalidade dos bens com elementos digitais, conteúdos e serviços digitais, nomeadamente o seu modo de utilização e a existência ou inexistência de restrições técnicas, incluindo as medidas de proteção técnica, quando for o caso;

k) Qualquer compatibilidade e interoperabilidade relevante dos bens com elementos digitais, conteúdos e serviços digitais, quando for o caso, com equipamentos e programas informáticos de que o fornecedor ou prestador tenha ou possa razoavelmente ter conhecimento, nomeadamente quanto ao sistema operativo, a versão necessária e as características do equipamento;

l) As consequências do não pagamento do preço do bem ou serviço.".

A informação sobre orçamentos, preços dos cuidados de saúde a prestar e responsabilidade pelo seu pagamento assume especial relevância face às repercussões financeiras daí resultantes para os utentes. As entidades prestadoras de cuidados de saúde devem, por isso, assegurar que aos utentes é transmitida uma correta previsão dos custos que a prestação de cuidados de saúde irá implicar[113].

[113] Cfr., neste sentido, a Recomendação da ERS de 11/03/2011, disponível para consulta em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/145/Recomendacao_Orcamentos.pdf e, ainda, a Recomendação da ERS de 16/10/2020, disponível para consulta em https://www.ers.pt/media/1mym2p3t/publica%C3%A7%C3%A3o-de-delibera%C3%A7%C3%A3o-ers_3_2017.pdf.

Sempre que não se afigure possível estimar a totalidade dos atos, exames, consumíveis ou fármacos que venham a ser previsivelmente executados, prestados ou administrados, o utente deve ser claramente informado dessa possibilidade e advertido da sua relevância no custo total, coibindo-se as entidades prestadoras de cuidados de saúde de apresentar estimativas incompletas ou orçamentos parciais dos cuidados.

No caso da entidade prestadora de cuidados de saúde ter celebrado um contrato com uma entidade terceira (por hipótese, um subsistema de saúde ou uma companhia de seguros), com o propósito de definir a prestação de cuidados de saúde a um grupo de utentes, compete-lhe prestar todas as informações necessárias e relevantes, designadamente sobre os preços dos serviços acordados, para que os seus beneficiários possam tomar uma decisão quanto aos cuidados de saúde propostos.

Em especial, cumpre à entidade prestadora de cuidados de saúde informar os utentes sobre os cuidados de saúde que estão abrangidos pelo contrato celebrado com essa entidade terceira, sobre as responsabilidades financeiras desta entidade e dos próprios utentes, no que diz respeito ao pagamento do preço devido pelos cuidados prestados, ou ainda sobre os documentos, requisitos administrativos a preencher, autorizações ou outros procedimentos que se revelem necessários cumprir no âmbito do referido contrato.

Nos termos do n.º 1 da Base 27 da LBS, "*A subscrição de um seguro ou plano de saúde deve ser precedida da prestação, pelo segurador, de informação, clara e inteligível quanto às condições do contrato, em especial no que diz respeito ao âmbito, exclusões e limites da cobertura, incluindo informação expressa quanto à eventual interrupção ou descontinuidade de prestação de cuidados de saúde caso sejam alcançados os limites de capital seguro contratualmente estabelecidos*". E, nos termos do n.º 2 da mesma Base 27, "*Os estabelecimentos de saúde informam as pessoas sobre os custos a suportar pela prestação de cuidados de saúde ao abrigo de seguros e planos de saúde, incluindo os da totalidade da intervenção proposta, salvo quando justificadamente não dispuserem dos elementos necessários à prestação dessa informação*.".

Para além disso, quando os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos setores privado, social ou cooperativo tiverem celebrado convenções com o SNS ou com subsistemas de saúde, públicos ou privados, ou contratos com seguradoras, devem ter um especial cuidado na transmissão da informação sobre as condições de acesso dos respetivos beneficiários aos cuidados de saúde por si prestados. Efetivamente, a informação sobre as convenções ou contratos detidos com entidades terceiras por um prestador constitui um elemento relevante para o exercício da livre escolha pelo utente do estabelecimento a que pretende recorrer.

Deve, assim, ser acautelado que, em momento anterior ao da prestação de cuidados de saúde, os utentes sejam integralmente informados sobre a existência de convenções, suas aplicações para cada ato ou exame de que necessitam e eventuais exclusões aplicáveis. E isto, porque a informação errada prestada ao utente, a falta de informação ou a omissão de um dever de informar são suficientes, quer para distorcer a liberdade de escolha dos utentes, quer para violar direitos e interesses financeiros destes.

Não sendo admissível que um prestador inicie a prestação de cuidados de saúde sem previamente informar o utente do âmbito da convenção ou contrato por si celebrado, também não é admissível que a informação publicamente prestada pelo mesmo relativamente às convenções ou contratos celebrados não explicite eventuais limitações ou restrições que possam ser aplicáveis, ou, se for o caso, a possibilidade de parte dos seus profissionais de saúde não se encontrarem abrangidos pela convenção ou contrato em causa. A informação quanto à existência de convenções e contratos e ao seu conteúdo não pode, por isso, deixar de ser completa, verdadeira e inteligível. Na medida em que o utente não tem, regra geral, conhecimento direto dos textos das convenções celebradas entre os prestadores e as entidades financiadoras, importa assim garantir que esta informação prestada ao utente é suficiente e atempada, para permitir uma tomada de consciência do conteúdo da convenção, no que respeita às repercussões – designadamente financeiras – que resultam da relação contratual estabelecida entre o subsistema e o prestador. Não basta, pois, que o utente venha a ser informado da limitação do objeto da convenção ou do contrato depois de ter já orientado a sua escolha para um determinado prestador. É necessário, pelo contrário, que a informação que lhe é disponibilizada seja, como já referido, suficiente e atempada para dotar o utente medianamente esclarecido dos instrumentos necessários ao exercício da liberdade de escolha nas unidades de saúde dos setores privado, social e cooperativo.

Compete à ACSS, como já se referiu, a coordenação e o acompanhamento da execução dos contratos de gestão em regime de parceria público-privada, dos contratos-programa com entidades do sector empresarial do Estado e de outros contratos de prestação de cuidados de saúde celebrados com entidades do sector privado e social. Neste sentido, as entidades integradas no SNS, independentemente da natureza jurídica, incluindo as entidades com contrato ou convenção no âmbito do SNS devem prestar àquela entidade, toda a informação indispensável à prossecução das suas atribuições, nomeadamente a necessária à coordenação, monitorização e controlo das atividades do SNS. É assim garantido que, no momento do exercício da liberdade de escolha e da decisão sobre o acesso à prestação de cuidados de saúde, o utente tenha sido informado pela unidade de cuidados de saúde do SNS, de forma verdadeira, completa e inteligível, sobre o universo de prestadores elegíveis para a prestação de cuidados que lhe foram prescritos.

Por último, importa ainda referir que sempre que um qualquer prestador de cuidados de saúde assumir, perante o utente, a obrigação de efetuar as comunicações necessárias com entidades terceiras (sejam subsistemas de saúde, companhias de seguros ou outras), prévia ou contemporaneamente à prestação de cuidados de saúde e relacionadas com esta, essa obrigação deverá ser cumprida e respeitada na íntegra, enquanto se mantiver a relação de prestação de serviços de saúde, o que se revestirá de particular acuidade sempre que, em razão dos cuidados prestados, o utente se encontre em situação de debilidade ou incapacidade para encetar, pelos seus próprios meios, as referidas comunicações.

f) Informação sobre o direito de recusar e de revogar o consentimento a qualquer momento, incluindo informação sobre os eventuais riscos para a saúde, inerentes ao exercício destes direitos:

A autonomia e liberdade do utente só são verdadeiramente asseguradas se ao mesmo for reconhecido o direito de recusar a prestação de cuidados de saúde propostos, bem como o direito de, a qualquer momento, revogar o consentimento anteriormente prestado.

Para tanto, cabe ao profissional de saúde informar o utente da possibilidade de recusa e revogação, bem como sobre os riscos e efeitos para a sua saúde inerentes ao exercício destes direitos – sobretudo, e no que respeita à revogação do consentimento, quando o utente pretende continuar a receber cuidados de saúde num outro estabelecimento.

Deste modo, sempre que a recusa ou a revogação do consentimento implicar riscos para a saúde do utente ou comprometer o tratamento e intervenção, essa informação deve ser prestada ao utente antes do tratamento ou intervenção se iniciar.

Por fim, o utente deve ainda ser informado de que, no caso de decidir revogar o consentimento para uma determinada intervenção já iniciada, mas pretender que tal intervenção seja prestada noutra unidade de saúde, deverá respeitar os critérios e regras de acesso a essa unidade. Nessa medida, e se for esse o caso, o utente deve ser informado de que a transferência pode implicar que o tratamento ou intervenção interrompida não seja imediatamente retomada, nos tempos clinicamente desejáveis, quer porque a dita unidade pode ter a sua capacidade de resposta temporariamente esgotada e, assim, não reunir condições para receber o utente, quer porque, no caso do SNS, o acesso está devidamente regulado e sujeito a regras específicas, para assegurar que todos têm a mesma oportunidade de acesso a cuidados de saúde.

Todas estas informações sobre riscos e efeitos da recusa e revogação do consentimento devem ser prestadas ao utente previamente ao início da intervenção e do tratamento, para que a decisão seja tomada de forma esclarecida e consciente.

Tendo sido prestadas estas informações e, ainda assim, durante o tratamento ou a intervenção, por qualquer motivo, o utente revogue o consentimento e manifeste a sua intenção de ser acompanhado noutro estabelecimento, cumpre à entidade onde os cuidados estavam a ser prestados o dever de assegurar que toda a informação de saúde do utente é transmitida à entidade que irá assegurar a continuidade de prestação de cuidados de saúde.

4.2.4 – Em que momento deve ser prestada a informação

A informação deve ser prestada ao utente antes da execução do exame ou da intervenção terapêutica proposta. E, para que a decisão do utente seja tomada de forma autónoma, consciente e em liberdade, não poderão existir quaisquer constrangimentos ou fatores de pressão que limitem a decisão.

Não basta, pois, que a informação prestada seja verdadeira, transparente, completa, pertinente e inteligível; é ainda necessário que essa informação seja transmitida com antecedência suficiente, para que o utente não seja condicionado na sua resposta. Na medida em que a urgência dos cuidados de saúde assim o permita (e de acordo com a natureza dos mesmos), deve ser dada a possibilidade ao utente de ter algum tempo para poder refletir sobre o sentido da sua decisão, de preferência fora das instalações da unidade de saúde.

4.2.5 – Como deve ser garantido o esclarecimento do utente

Para efeitos de transmissão e compreensão da informação, o profissional de saúde deve ter em consideração o utente a quem vai propor os cuidados de saúde, a sua personalidade, as suas características e opções pessoais, sejam elas filosóficas ou religiosas, a sua maturidade, grau de instrução, conhecimentos sobre a sua condição clínica e estado de saúde, profissão e estado físico, clínico e mental. E é nesse contexto que caberá ao profissional de saúde certificar-se que aquele utente específico percebeu, na íntegra, tudo o que lhe foi transmitido.

4.2.6 – Limites ao dever de informar

A Lei prevê limites ao dever de informar em duas situações: o "privilégio terapêutico" e o "direito de não saber".

(i) privilégio terapêutico

Conforme acima exposto, e nos termos do artigo 157.º do Código Penal, o consentimento para a intervenção e tratamento médico-cirúrgico só é eficaz quando o utente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, "*salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo utente, poriam em perigo a sua vida ou seriam suscetíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica*".

O objetivo da exceção prevista nesta norma é salvaguardar aquelas situações em que a saúde do utente poderia ser violentada, caso viesse a ter conhecimento de determinados factos inerentes ao seu estado de saúde ou à intervenção que se pretenda levar a cabo.

Caberá ao profissional de saúde avaliar a situação clínica – física e mental – do utente e, a partir daí, fazer um juízo de prognose, devidamente fundamentado, para perceber se a informação pode colocar a sua vida em risco ou causar-lhe algum dano grave.

Aqui reside o chamado *privilégio terapêutico*, ao qual se refere também o n.º 2 do artigo 3.º da Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro: "*O titular da informação de saúde tem o direito de, querendo, tomar conhecimento de todo o processo clínico que lhe diga respeito, salvo circunstâncias excepcionais devidamente justificadas e em que seja inequivocamente demonstrado que isso lhe possa ser prejudicial* […]".

Este privilégio não constitui um poder arbitrário ou discricionário, nem tão pouco uma forma de sonegar informação ao utente - a situação em apreço é excecional e o seu propósito é o de proteger a saúde e a vida do utente.

(ii) "direito a não saber"

O segundo caso excecional previsto na Lei é o chamado "*direito a não saber*", corolário do princípio da autonomia e direito ao livre desenvolvimento da personalidade. Nos termos da segunda parte do n.º 2 do artigo 10.º da CDHB, "[…] *a vontade expressa por uma pessoa de não ser informada deve ser respeitada*". Claro está que, também neste segmento, o "*direito a não saber*" poderá estar sujeito

a limitações, em função dos interesses do próprio utente ou de terceiros - imaginemos, por hipótese, o caso de um utente que padece de uma doença infectocontagiosa, sendo necessário informá-lo dos cuidados que deve ter, bem como da necessidade de adotar determinadas precauções, quer para sua salvaguarda, quer para proteção de outras pessoas que com ele convivam.

4.3 – Forma

Para a generalidade dos casos de prestação de cuidados de saúde, o consentimento e a recusa não estão sujeitos a qualquer requisito formal. A regra é a da liberdade de forma e o consentimento ou a recusa serão válidos, na medida em que cumpram os requisitos acima identificados.

Não obstante, e relativamente a determinadas situações específicas, alguns diplomas legais e normas emitidas pela DGS[114] exigem que a informação e/ou o consentimento e a recusa sejam prestados por escrito, a saber:

1) Interrupção voluntária da gravidez[115];

2) Técnicas invasivas em grávidas e testes de biologia molecular para diagnóstico pré-natal;

3) Esterilização voluntária[116];

4) Procriação medicamente assistida e gestação de substituição[117];

[114] Cfr., a título de exemplo, a Norma da DGS n.º 015/2013, de 3 de outubro, atualizada a 4 de novembro de 2015, que identifica os casos em que é obrigatória a utilização de formulários escritos para a prestação de informação e de consentimento para a prestação de cuidados de saúde, e que define o procedimento que deve ser observado para o efeito – https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito.aspx.

[115] Nos termos do n.º 4 do artigo 142.º do Código Penal, o consentimento é prestado: "*a) Nos casos referidos nas alíneas a) a d) do n.º 1, em documento assinado pela mulher grávida ou a seu rogo e, sempre que possível, com a antecedência mínima de três dias relativamente à data da intervenção; b) No caso referido na alínea e) do n.º 1, em documento assinado pela mulher grávida ou a seu rogo, o qual deve ser entregue no estabelecimento de saúde até ao momento da intervenção e sempre após um período de reflexão não inferior a três dias a contar da data da realização da primeira consulta destinada a facultar à mulher grávida o acesso à informação relevante para a formação da sua decisão livre, consciente e responsável.*". Os modelos de documento escrito referentes ao consentimento e à prestação de informações constam dos anexos I e IV da Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho.

[116] Cfr. artigo 10.º da Lei n.º 3/84, de 24 de março, relativa à educação sexual e planeamento familiar.

[117] Nos termos do artigo 14.º da Lei n.º 32/2006, de 26 de julho, os beneficiários de PMA e as gestantes de substituição devem prestar o seu consentimento livre, esclarecido, de forma expressa e por escrito, perante o médico responsável. Para tanto, os beneficiários de PMA deverão ser previamente informados, também por escrito, de todos os benefícios e riscos conhecidos resultantes da utilização das técnicas de PMA, bem como das suas implicações éticas, sociais e jurídicas. Quanto às gestantes de substituição, o seu consentimento é livremente revogável até ao momento do registo da criança nascida, estabelecido no n.º 10 do artigo 8.º do diploma em apreço. Estas informações devem constar de documento, a ser aprovado pelo Conselho Nacional de Procriação medicamente Assistida, através do qual os beneficiários prestam o seu consentimento – tais

5) Eletroconvulsivoterapia e intervenção psicocirúrgica[118];

6) Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana[119];

7) Testes genéticos, criação de bancos de ADN e outros produtos biológicos[120];

8) Dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana[121];

9) Doação e administração de sangue, seus componentes e derivados;

10) Colheita e transplante de órgãos de dador vivo[122];

11) Ensaios clínicos, investigação em seres humanos e sobre o genoma humano[123];

12) Inscrição no SIGIC[124];

13) Colocação de dispositivos anticoncetivos subcutâneos e intrauterinos;

14) Administração de gamaglobulina anti-D;

15) Realização de atos cirúrgicos e/ou anestésicos, com exceção das intervenções simples de curta duração para tratamento de afeções sobre tecidos superficiais ou estruturas de fácil acesso, com anestesia local;

16) Realização de atos de diagnóstico ou terapêuticos invasivos *majores*;

17) Gravações de pessoas em fotografia ou suporte áudio ou audiovisual e videovigilância de utentes;

18) Uso *off label* de medicamentos de dispensa hospitalar[125];

19) Colheita, estudo analítico, processamento e criopreservação de sangue e tecido do cordão umbilical e placenta;

documentos podem ser consultados em www.cnpma.org.pt/cidadaos/Paginas/modelos-de-consentimento-informado.aspx.

[118] Cfr. artigo 8.º, n.º 1, alíneas b) e c), da Lei da Saúde Mental, aprovada pela Lei n.º 35/2023, de 21 de julho.
[119] Cfr. artigo 8.º, n.º 6, da Lei n.º 12/93, de 22 de abril.
[120] Cfr. artigos 9.º, 18.º e seguintes da Lei de Informação Genética Pessoal e Informação da Saúde, aprovada pela Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro.
[121] Cfr. artigo 8.º da Lei 12/93, de 22 de abril, Lei n.º 12/2009, de 26 de março, e Lei n.º 22/2007, de 29 de junho.
[122] Cfr. artigo 8.º da Lei 12/93, de 22 de abril, Lei n.º 12/2009, de 26 de março, e Lei n.º 22/2007, de 29 de junho.
[123] Cfr. Lei n.º 21/2014, de 16 de abril.
[124] Cfr. Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro.
[125] Cfr. Circular Informativa n.º 184/CD INFARMED, de 12 de novembro de 2010.

20) No caso de pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, o consentimento deve ser prestado por escrito, para intervenções de natureza mais invasiva ou que envolvam maior risco para o bem-estar dos doentes, sendo obrigatoriamente prestado por escrito e perante duas testemunhas quando estejam em causa intervenções que possam pôr em causa as suas vidas[126];

21) No caso de pessoas submetidas a teleconsultas[127];

22) Exposição médica a radiação ionizante[128];

23) Recurso a morte medicamente assistida[129].

Em qualquer situação, todo o processo de informação e obtenção de consentimento ou recusa deve ficar registado e devidamente fundamentado no processo clínico do utente.

4.4 – Casos especiais

As regras acima descritas só podem ser cumpridas pelos profissionais de saúde quando existam condições para que a informação possa ser transmitida ao utente e para que este tenha possibilidade de a receber e perceber e, bem assim, de consentir ou recusar os cuidados propostos.

Contudo, poderão verificar-se situações em que não é possível transmitir a informação necessária, nem o utente reúne as condições mínimas (físicas, mentais ou legais) que lhe permitam receber a informação e, em função desta, tomar uma decisão livre e esclarecida.

No caso da incapacidade do utente se revelar temporária e os cuidados de saúde não serem urgentes, sendo possível os mesmos serem adiados sem qualquer prejuízo para a saúde daquele, deverá aguardar pelo momento em que o utente reúna as condições necessárias para receber a informação e manifestar a sua decisão quanto ao processo que lhe é proposto.

O problema coloca-se naquelas situações em que o adiamento da prestação de cuidados de saúde pode constituir perigo para a saúde ou para a vida do utente.

[126] Cfr. n.º 2 do artigo 5.º da Lei n.º 31/2018, de 18 de julho.
[127] Cfr. Norma da DGS n.º 010/2015, de 15 de junho, "Modelo de Funcionamento das Teleconsultas".
[128] Cfr. o Decreto-Lei n.º 108/2018, de 3 de dezembro, que estabelece o regime jurídico da proteção radiológica.
[129] Cfr. a Lei n.º 22/2023, de 25 de maio, que regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível, alterando o Código Penal.

4.4.1 – Urgência e consentimento presumido

Qualquer prestação de cuidados de saúde só é legítima se, previamente, o profissional de saúde tiver obtido o consentimento do utente. Porém, poderão ocorrer situações em que não é possível transmitir a informação necessária ao utente, nem obter deste qualquer decisão quanto aos cuidados de saúde que o profissional de saúde entende necessários e urgentes, face à avaliação clínica efetuada.

Nos termos do artigo 8.º da CDHB, sob a epígrafe "*situações de urgência*", "*Sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa*".

Por sua vez, nos termos do artigo 9.º da mesma Convenção, sob a epígrafe "*Vontade anteriormente manifestada*", "*A vontade anteriormente manifestada no tocante a uma intervenção médica por um paciente que, no momento da intervenção, não se encontre em condições de expressar a sua vontade, será tomada em conta*".

A este respeito, o n.º 1 do artigo 156.º do Código Penal refere que a realização de uma intervenção ou tratamento sem obtenção prévia de consentimento informado, não é punível quando este:

> (i) só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde; ou
>
> (ii) tiver sido dado para certa intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar-se outro diferente por se ter revelado imposto pelo estado dos conhecimentos e da experiência da medicina como meio para evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde.

Porém, em ambos os casos, o facto só não será punível se não se se verificarem circunstâncias que permitam concluir, com segurança, que o consentimento seria recusado caso o utente estivesse em condições de receber informação e emitir a sua decisão.

Ainda neste âmbito, importa fazer referência às regras específicas constantes do artigo 142.º do Código Penal, para efeitos de interrupção da gravidez. Assim, de acordo com o n.º 4 deste artigo, o consentimento é prestado:

> a) Nos casos referidos nas alíneas a) a d) do n.º 1 da referida norma, em documento assinado pela mulher grávida ou a seu rogo e, sempre que possível, com a antecedência mínima de três dias relativamente à data da intervenção;

b) No caso referido na alínea e) do n.º 1, em documento assinado pela mulher grávida ou a seu rogo, o qual deve ser entregue no estabelecimento de saúde até ao momento da intervenção e sempre após um período de reflexão não inferior a três dias a contar da data da realização da primeira consulta, destinada a facultar à mulher grávida o acesso à informação relevante para a formação da sua decisão livre, consciente e responsável.

No caso de a mulher grávida ser menor de 16 anos ou psiquicamente incapaz, respetiva e sucessivamente, conforme os casos, o consentimento é prestado pelo representante legal, por ascendente ou descendente ou, na sua falta, por quaisquer parentes da linha colateral – cfr. n.º 5 do artigo 142.º do Código Penal.

Porém, se não for possível obter o consentimento nos termos expostos e a efetivação da interrupção da gravidez se revestir de urgência, o médico decide em consciência face à situação, socorrendo-se, sempre que possível, do parecer de outro ou outros médicos, nos termos do n.º 6 do artigo 142.º do Código Penal.

4.4.2 – Menores de idade

As regras que acabamos de observar devem ser cumpridas sempre que o utente em causa tiver capacidade para perceber a informação que lhe é transmitida e emitir uma decisão sobre os cuidados de saúde propostos. Ou seja, aplicam-se quando o utente possui capacidade jurídica para o exercício do direito à decisão.

Porém, atento o disposto nos artigos 122.º e 130.º do Código Civil, quem ainda não completou 18 anos de idade carece de capacidade plena para o exercício de direitos e só depois desse momento é que ficará habilitado a reger a sua pessoa e a dispor dos seus bens. Coloca-se então a questão de saber a quem é que deve ser prestada a informação e quem é que deve decidir sobre a prestação de cuidados de saúde, quando o utente é menor de idade.

Nos termos do n.º 1 do artigo 6.º da CDHB, "[…] *qualquer intervenção sobre uma pessoa que careça de capacidade para prestar o seu consentimento apenas poderá ser efetuada em seu benefício direto*.". Por sua vez, nos termos do n.º 2 do mesmo artigo, "*Sempre que, nos termos da lei, um menor careça de capacidade para consentir numa intervenção, esta não poderá ser efetuada sem a autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei*.", sendo certo que, conforme se verifica ainda do teor do mesmo n.º 2, "*A opinião do menor é tomada em consideração como um fator cada vez mais determinante, em função da sua idade e do seu grau de maturidade*.". Por fim, e atento disposto nos n.os 4 e 5 do artigo 6.º, "*O representante,*

a autoridade, a pessoa ou a instância mencionados nos n.º 2 e 3 recebem, nas mesmas condições, a informação citada no artigo 5.º" e "*A autorização referida nos n.º 2 e 3 pode, em qualquer momento, ser retirada no interesse da pessoa em questão*.".

A incapacidade para o exercício de direitos é normalmente suprida por quem exerce as responsabilidades parentais. O objetivo deste acompanhamento e representação é assegurar o normal e progressivo desenvolvimento do menor, proteger a sua natural vulnerabilidade e dependência, salvaguardando sempre os seus superiores interesses.

Neste sentido, refere-se nos artigos 1877.º e 1878.º do Código Civil que os filhos estão sujeitos às responsabilidades parentais até à maioridade ou emancipação, competindo aos pais, no interesse dos filhos, velar pela segurança e saúde destes, prover ao seu sustento, dirigir a sua educação, representá-los, ainda que nascituros, e administrar os seus bens.

Nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 1881.º do diploma em apreço, "*O poder de representação compreende o exercício de todos os direitos e o cumprimento de todas as obrigações do filho, excetuados os atos puramente pessoais, aqueles que o menor tem o direito de praticar pessoal e livremente e os atos respeitantes a bens cuja administração não pertença aos pais*."; por sua vez, nos termos do n.º 2 do mesmo artigo, "*Se houver conflito de interesses cuja resolução dependa de autoridade pública, entre qualquer dos pais e o filho sujeito às responsabilidades parentais, ou entre os filhos, ainda que, neste caso, algum deles seja maior, são os menores representados por um ou mais curadores especiais nomeados pelo tribunal*.".

O exercício das responsabilidades parentais é um direito fundamental reconhecido aos pais, que engloba um conjunto de poderes e de deveres destinados à salvaguarda dos interesses do menor, quer nas relações jurídicas estabelecidas com todos os demais, quer no seu desenvolvimento (físico, moral, intelectual) com vista à autonomia pessoal. Em Portugal, convencionou-se que esse processo de aquisição de competência e autonomia pessoal estaria concluído aos 18 anos. Mas tal não significa que, em momentos anteriores, a maturidade do menor não seja já suficiente para o exercício de alguns desses direitos; neste sentido, o ordenamento jurídico reconhece ao menor com capacidade de discernimento, o direito de progressivamente exprimir a sua opinião sobre questões que lhe respeitem, de acordo com a sua idade e maturidade, consagrando inclusivamente várias "*maioridades especiais*", ou seja, situações concretas para as quais é reconhecido ao menor de idade capacidade de decisão e de autonomia. Por esse motivo, nos termos do n.º 2 do artigo 1878.º do Código Civil, "*Os filhos devem obediência aos pais; estes, porém, de acordo com a maturidade*

dos filhos, devem ter em conta a sua opinião nos assuntos familiares importantes e reconhecer-lhes autonomia na organização da própria vida."[130].

No domínio da saúde, podemos encontrar várias situações expressamente previstas de "maioridades especiais", designadamente:

i) Nos ensaios clínicos e colheita e transplante de órgãos, em que a opinião do menor, com capacidade de entendimento e de manifestar a sua vontade, deve ser atendida (direito de oposição à intervenção, direito de veto ou *co-consentimento*)[131];

ii) No âmbito da saúde sexual e reprodutiva, em que se reconhece aos jovens em idade fértil o direito de livre acesso às consultas de medicina familiar e reprodutiva[132];

iii) No âmbito da interrupção voluntária da gravidez, que pode ser decidida por maior de 16 anos com capacidade para consentir[133];

iv) No âmbito da Lei da Saúde Mental[134] que, para determinados casos, reconhece ao maior de 16 anos o direito a ser informado e capacidade para consentir.

Contudo, o ordenamento jurídico português não prevê nenhuma regra ou maioridade especial para a decisão sobre prestação de cuidados de saúde em geral. Assim sendo, parece que a regra a seguir nesta matéria é aquela constante do Código Civil e da CDHB: no caso de menores de 18 anos, o consentimento para cuidados de saúde deve ser prestado por quem exerça as responsabilidades parentais.

Porém, o Direito Penal prevê uma solução distinta, na medida em que reconhece eficácia ao consentimento prestado por maiores de 16 anos, desde que possuam o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o prestam (cfr. artigo 38.º, n.º 3 do Código Penal); e, sendo esta uma regra geral prevista para o Direito Penal, abrange também o consentimento referido nos artigos 156.º e 157.º do Código Penal, quanto ao crime de intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários.

Contudo, relembra-se, o menor deve ser sempre ouvido e informado em qualquer situação, consoante o seu grau de maturidade e capacidade de discernimento, e deve ser obtida a sua adesão

[130] Cfr., no mesmo sentido, o artigo 6.º, n.º 2, da CDHB.
[131] Cfr. Artigo 7.º da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, e artigo 8.º da Lei n.º 12/93, de 22 de abril.
[132] Cfr. Lei 3/84, de 24 de março.
[133] Cfr. artigo 142.º do Código Penal.
[134] Cfr. Lei n.º 35/2023, de 21 de julho, e Lei n.º 12/2009, de 26 de março.

à decisão, admitindo-se a sua capacidade para atos de assistência médica de pequena importância e que estejam ao alcance da sua capacidade natural.

Por fim, importa ainda referir que quem exerce as responsabilidades parentais deve ter sempre em consideração o superior interesse do menor e a salvaguarda da sua saúde. Assim sendo, não será admissível uma eventual recusa de cuidados que coloque em perigo a saúde ou a vida do menor, pois, nesse caso, os pais não estarão a respeitar os direitos daquele, nem a cumprir as suas responsabilidades parentais (cfr. n.º 1 do artigo 1878.º do Código Civil).

Deste modo, quando os pais ou os representantes legais recusam a prestação de cuidados de saúde ao menor, colocando em perigo a sua vida ou a sua saúde, poderá justificar-se a limitação das suas competências, devendo o profissional de saúde comunicar a situação ao Ministério Público, para que esta entidade inicie o competente processo judicial para suspender, temporariamente, o exercício das responsabilidades parentais, bem como, comunicar a situação à Comissão de Proteção de Menores (cfr. artigos 3.º e 91.º a 93.º da Lei de proteção de crianças e jovens em perigo - Lei n.º 147/99, de 1 de setembro).

4.4.3 – Maiores de idade acompanhados

Nos termos do disposto no artigo 138.º do Código Civil, "*O maior impossibilitado, por razões de saúde, deficiência, ou pelo seu comportamento, de exercer, plena, pessoal e conscientemente, os seus direitos ou de, nos mesmos termos, cumprir os seus deveres, beneficia das medidas de acompanhamento previstas neste Código*". Caso se verifiquem estas condições, o acompanhamento do maior é decidido pelo tribunal e visa assegurar o seu bem-estar, a sua recuperação, o pleno exercício de todos os seus direitos e o cumprimento dos seus deveres – cfr. artigos 139.º e 140.º do Código Civil.

Atento o disposto no artigo 145.º do Código Civil, o acompanhamento que vier a ser designado pelo tribunal deverá limitar-se ao necessário para salvaguarda dos direitos e interesses do acompanhado, sendo certo que, nos termos do n.º 2 deste artigo, "*Em função de cada caso e independentemente do que haja sido pedido, o tribunal pode cometer ao acompanhante algum ou alguns dos regimes seguintes*: […] *b) Representação geral ou representação especial com indicação expressa, neste caso, das categorias de atos para que seja necessária;* […] *d) Autorização prévia para a prática de determinados atos ou categorias de atos; e) Intervenções de outro tipo, devidamente explicitadas*.".

Assim, quando o utente em causa estiver nestas condições, a decisão para efeitos de prestação de cuidado de saúde terá de ser tomada em conformidade com o âmbito da decisão judicial proferida sobre o regime do acompanhamento, sendo certo que, nos termos do n.º 1 do artigo 148.º do Código Civil, "*O internamento do maior acompanhado depende de autorização expressa do tribunal*.", e, nos termos do n.º 2 do mesmo artigo, "*Em caso de urgência, o internamento pode ser imediatamente solicitado pelo acompanhante, sujeitando-se à ratificação do juiz*."

Por fim, e como vimos acima, quando um profissional de saúde se depara com um utente que necessita de cuidados urgentes de saúde, correndo perigo de vida ou existindo grave perigo para o seu corpo ou saúde, e que não está em condições de receber informação, nem de prestar consentimento para a intervenção, a lei permite a prestação de cuidados, desde que não existam quaisquer indícios de que, se não estivesse naquela condição, o utente recusaria o tratamento em consideração.

Em certos casos, porém, essa necessidade de receber cuidados de saúde não será urgente e é possível aguardar algum tempo, sem qualquer prejuízo imediato para a sua saúde. Em tais situações, se essa impossibilidade de receber e perceber a informação e, bem assim, de tomar uma decisão consciente, se revelar constante e se a pessoa em causa ainda não estiver acompanhada, nos termos acima expostos, poderá ser iniciado o competente processo judicial para a designação do acompanhante, nos termos do artigo 141.º do Código Civil.

4.5 – Publicidade em saúde

Pela sua relevância no que diz respeito ao âmbito da informação prestada ao utente, para efeitos de decisão sobre o acesso a cuidados de saúde, importa analisar o Decreto-Lei n.º 238/2015, de 14 de outubro[135], que estabelece o regime jurídico a que devem obedecer as práticas de publicidade

[135] Também com especial relevância nesta matéria, o Decreto-Lei n.º 57/2008, de 26 de março, estabelece o regime jurídico aplicável às práticas comerciais desleais das empresas nas relações com os consumidores, ocorridas antes, durante ou após uma transação comercial relativa a um bem ou serviço.

em saúde[136] [137] desenvolvidas por quaisquer intervenientes, de natureza pública ou privada, sobre as intervenções dirigidas à proteção ou manutenção da saúde ou à prevenção e tratamento de doenças, incluindo oferta de diagnósticos e quaisquer tratamentos ou terapias, independentemente da forma ou meios que se proponham utilizar e incluindo práticas de publicidade relativas a atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais, competindo à ERS, nos termos do disposto no n.º 4 do artigo 8.º, a fiscalização e a instrução dos processos de contraordenação aí previstos[138].

Considerando as definições constantes do artigo 2.º do diploma em apreço, deve entender-se por:

- "Intervenientes", todos aqueles que beneficiam da, ou participam na conceção ou na difusão de uma prática de publicidade em saúde;

- "Prática de publicidade em saúde", qualquer comunicação comercial, a televenda, a telepromoção, o patrocínio, a colocação de produto e a ajuda a produção, bem como a informação, ainda que sob a aparência, designadamente, de informação editorial, técnica ou científica, com o objetivo ou o efeito direto ou indireto de promover junto dos utentes:

  i) Quaisquer atos e serviços dirigidos à proteção ou manutenção da saúde ou à prevenção e tratamento de doenças, com o objetivo de os comercializar ou alienar;

  ii) Quaisquer ideias, princípios, iniciativas ou instituições dirigidas à proteção ou manutenção da saúde ou à prevenção e tratamento de doenças.

- "Utente", qualquer pessoa singular que, nas práticas abrangidas pelo citado decreto-lei, atua com fins que não se incluam no âmbito da sua atividade comercial, industrial, artesanal ou profissional.

---

[136] No que concerne à temática da publicidade em saúde, a ERS havia já consolidado o seu entendimento em 2014, com a emissão da Recomendação n.º 1/2014, de 27 de agosto, relativa às práticas publicitárias dos prestadores de cuidados de saúde, e promovido a correção de comportamentos de prestadores, sempre com o propósito de assegurar o direito de acesso livre e esclarecido dos utentes aos serviços de saúde. A sobredita Recomendação da ERS visava garantir que toda e qualquer mensagem publicitária alusiva a serviços de saúde, veiculada no contacto com um (potencial) utente e independentemente do seu formato, forma e/ou meio de divulgação, obedecesse aos princípios da licitude, veracidade, transparência e completude que lhe são impostos, e identificava os potenciais impactos das referidas práticas publicitárias ao nível do acesso dos utentes aos serviços de saúde, da informação, transparência e respeito pelos seus direitos e interesses, da liberdade de escolha dos utentes e da concorrência entre os prestadores de cuidados de saúde.

[137] A ERS publicou, no seu *website,* perguntas frequentes sobre publicidade em saúde, disponíveis em https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/perguntas-frequentes-sobre-publicidade-em-saude/.

[138] A ERS, no exercício dos seus poderes de supervisão e no âmbito do regime das práticas de publicidade em saúde, instituído pelo Decreto-Lei n.º 238/2015, de 14 de outubro, emitiu o Alerta de Supervisão n.º 4/2024, de 10 de julho, sobre publicidade a Serviço de Urgência, Serviço de Atendimento Permanente e expressões afins, por entidades que exploram estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, de natureza privada.

A este propósito cumpre esclarecer que o diploma em apreço abrange todas as atividades, independentemente de quem as exerça e do local onde sejam exercidas, que tenham por objeto a prevenção, promoção, restabelecimento ou manutenção da saúde, bem como o diagnóstico, o tratamento, terapêutica e reabilitação, e que visem atingir e garantir uma situação de ausência de doença e/ou um estado de bem-estar físico e mental.

Neste contexto, "publicidade em saúde" será qualquer forma de comunicação desenvolvida por um interveniente, no âmbito da sua atividade económica e com o intuito comercial, que procure evidenciar um qualquer ato, serviço, ideia, princípio, iniciativa ou instituição, que possa ter influência no estado de saúde dos utentes/consumidores, seja ao nível da prevenção de enfermidades ou ao nível do seu tratamento.

O direito dos utentes à informação e à proteção da saúde foram, assim, objeto de especial preocupação do legislador no regime instituído pelo Decreto-Lei n.º 238/2015, tal como está expresso no seu preâmbulo. O seu propósito é o de "*acautelar os direitos e os interesses legítimos dos utentes relativos à proteção da saúde e a segurança dos atos e serviços, através de normas necessárias, adequadas e proporcionais ao imperativo constitucional de proteção da saúde e dos direitos dos consumidores*".

Neste enquadramento, as práticas de publicidade em saúde e a informação nestas contida devem reger-se pelos seguintes princípios: (i) transparência, fidedignidade e licitude; (ii) objetividade; e (iii) rigor científico.

Quanto aos princípios da transparência, da fidedignidade e da licitude, é importante reafirmar que, no setor da saúde, é especialmente preocupante a disparidade de informação que existe entre os prestadores e os utentes, sendo que os primeiros têm conhecimentos, quantitativa e qualitativamente superiores aos utentes, o que pode gerar falhas de mercado, bem como limitar a liberdade de escolha e o acesso destes últimos a serviços de saúde. Deste modo, a informação em saúde deve ser prestada com verdade, de forma clara e contendo todos os elementos necessários para a decisão do utente, de modo a garantir que a liberdade de escolha e o direito de acesso não venham a resultar prejudicados.

Os princípios da transparência, da fidedignidade e da licitude visam, sobretudo, garantir o direito do utente à proteção da saúde e à informação, disciplinando o modo como o interveniente e as suas características distintivas devem ser identificadas: o interveniente deve ser identificado de forma verdadeira, completa e facilmente percetível, para que não se suscitem dúvidas sobre a sua natureza e idoneidade (cfr. n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 238/2015).

Com esse intuito, e em cumprimento do artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 238/2015, a ERS definiu, no artigo 2.º do Regulamento da ERS n.º 1058/2016, de 24 de novembro[139], os elementos de identificação do interveniente a favor de quem a prática de publicidade em saúde é efetuada[140].

Como vimos acima, os "intervenientes" a que o regime jurídico das práticas de publicidade em saúde se refere, podem não ser entidades prestadoras de cuidados de saúde. Porém, se o forem, ou seja, se o seu objeto estatutário, legal, social, comercial e/ou profissional for o de prestar cuidados de saúde, o respeito pelos deveres em causa assume especial relevância. Assim, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 238/2015, de 14 de outubro, "*No caso de o interveniente ser prestador de cuidados de saúde, a prática de publicidade em saúde não pode suscitar dúvidas sobre os atos e serviços de saúde que se propõe prestar e sobre as convenções e demais acordos efetivamente detidos, celebrados e em vigor, habilitações dos profissionais de saúde e outros requisitos de funcionamento e de exercício da atividade*". Os requisitos de funcionamento e de exercício da atividade serão aqueles legalmente determinados para cada tipologia de atividade.

Determina ainda o n.º 3 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 238/2015 que a publicidade será considerada ilícita "*sempre que o interveniente a favor de quem a prática de publicidade em saúde é efetuada assumir a qualidade de prestador de cuidados de saúde, sem efetivamente o ser, ou, sendo prestador de cuidados de saúde, não cumpra os requisitos de atividade e de funcionamento, designadamente não se encontrando devidamente registado na Entidade Reguladora da Saúde e não seja detentor da respetiva licença de funcionamento, quando aplicável*".

---

[139] Em 24 de novembro de 2016, foi publicado o Regulamento da ERS n.º 1058/2016, que define os elementos de identificação dos intervenientes a favor de quem são efetuadas as práticas de publicidade em saúde, bem como os elementos que devem constar na mensagem ou informação publicitada, nos termos do disposto nos artigos 4.º, n.º 1, 5.º, n.º 1 e 10.º do Decreto-Lei n.º 238/2015, de 14 de outubro.

[140] De acordo com o n.º 1 do artigo 2.º do Regulamento ERS n.º 1058/2016, são obrigatórios em qualquer prática de publicidade em saúde os seguintes elementos de identificação:

a) Nome ou firma, e designação comercial ou social, consoante o interveniente a favor de quem a prática de publicidade em saúde é efetuada seja uma pessoa singular ou coletiva;
b) Número de identificação fiscal.

A exceção à sobredita regra verifica-se quando o interveniente a favor de quem a prática de publicidade em saúde é efetuada, estiver sujeito a registo na ERS, pois, neste caso, o mesmo fica dispensado de indicar o número de identificação fiscal. Sem prejuízo, é sempre obrigado a indicar os elementos que se seguem – adicionalmente aos elementos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Regulamento supracitados:

a) Número de inscrição na ERS da entidade, pessoa singular ou coletiva, ou número do registo do estabelecimento prestador de cuidados de saúde, por aquela detido, quando este seja o objeto da publicidade;
b) Número da licença de funcionamento do estabelecimento prestador de cuidados de saúde objeto da publicidade, se abrangido pela obrigatoriedade legal de possuir a referida licença para a(s) tipologia(s) de atividade que desenvolve;
c) Morada ou localização geográfica do estabelecimento objeto da publicidade, quando a publicidade em causa for efetuada por, ou tiver como objeto, um estabelecimento prestador de cuidados de saúde;
d) Número de cédula profissional e indicação das habilitações profissionais, quando o interveniente a favor de quem a prática de publicidade em saúde efetuada for um profissional de saúde.

No regime das práticas de publicidade em saúde, os princípios que estão mais dirigidos para as características da mensagem ou informação publicitada, são os princípios da objetividade e do rigor científico. O princípio da objetividade impõe que a mensagem ou informação publicitada seja redigida de forma clara e precisa, sem dar azo a interpretações ambíguas ou duvidosas, devendo conter todos os elementos considerados adequados e necessários ao completo esclarecimento do utente, ser de fácil compreensão e procurar esclarecer cabalmente o público-alvo sobre o ato ou serviço de saúde que está a ser divulgado (cfr. n.º 1 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 238/2015, de 14 de outubro).

De acordo com o n.º 2 do artigo 5.º do diploma legal em análise, devem ser sempre preenchidos os requisitos de informação exigidos para as comunicações ao utente, nos termos da legislação em vigor. Atento o disposto no n.º 3 do artigo 5.º, as mensagens ou informações publicitadas não devem conter expressões, conceitos, testemunhos ou afirmações que possam criar no utente "*expectativas potenciadoras de perigo ou potencialmente ameaçadoras para a sua integridade física ou moral*". Ainda, nos termos do n.º 4 do artigo 5.º, qualquer que seja o meio utilizado, a mensagem ou informação publicitária deve ser inteligível, assegurando uma interpretação adequada, de modo a que a informação transmitida seja facilmente compreendida, sendo tal inteligibilidade aferida pela capacidade de entendimento de um utente medianamente esclarecido e diligente[141].

[141] No seguimento do exposto, e em cumprimento do artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 238/2015, a ERS definiu, no artigo 3.º do Regulamento n.º 1058/2016, os elementos da mensagem ou informação publicitada adequados e necessários ao completo esclarecimento do utente. Assim, devem constar obrigatoriamente da mensagem ou informação publicitada os seguintes elementos:

a) A morada ou localização geográfica do estabelecimento, sempre que a mensagem ou a informação publicitada tiver como objeto atos e/ou serviços prestados num estabelecimento prestador de cuidados de saúde;

b) O número de cédula ou carteira profissional e respetiva entidade emitente, sempre que a mensagem ou a informação publicitada tiver como objeto qualquer informação sobre profissionais de saúde, devidamente identificados ou identificáveis;

c) Menção à existência de eventuais restrições e/ou exceções no acesso aos cuidados de saúde ao abrigo de convenções, acordos ou protocolos para a prestação de cuidados de saúde, e deve ser indicado o local, físico ou eletrónico, onde toda a informação contratual sobre os mesmos está acessível para consulta, sempre que a mensagem ou a informação publicitada tiver como objeto a prestação de informação sobre tais instrumentos;

d) Indicação dos atos e/ou serviços que se encontram efetivamente compreendidos no preço, bem como indicação do preço total expresso em moeda com curso legal em Portugal, incluindo eventuais taxas e impostos, sempre que a mensagem ou a informação publicitada referir os preços de atos e/ou serviços de saúde;

e) Indicação expressa dos atos e/ou serviços que se encontram efetivamente compreendidos e abrangidos por expressões como «grátis», «gratuito», «sem encargos», «com desconto» ou «promoção», sempre que a mensagem ou informação publicitada usar tais expressões;

f) Sempre que a mensagem ou a informação publicitada fizer menção ou invocar características ou elementos técnicos e/ou científicos de um ato ou serviço, deve conter informação sobre a referência ou fonte técnica e científica que comprove o seu rigor, bem como referência a normas e/ou orientações nacionais e/ou internacionais seguidas para o ato ou serviço em causa;

Independentemente do meio de difusão utilizado, qualquer mensagem ou informação publicitária deve conter a referência a um contacto para a prestação de esclarecimentos aos utentes (cfr. n.º 3 do artigo 3.º do Regulamento da ERS n.º 1058/2016). A publicidade deve ser efetuada em língua portuguesa, admitindo-se o uso de expressões noutra língua, desde que estas já sejam comummente reconhecidas e utilizadas na área da saúde (cfr. n.º 4 do artigo 3.º do Regulamento). Não obstante, é permitida a utilização de línguas estrangeiras, mesmo que em conjunto com a língua portuguesa, se a publicidade tiver estrangeiros como destinatários exclusivos ou principais (cfr. n.º 5 do artigo 3.º do Regulamento).

Em complemento do princípio da objetividade, o princípio do rigor científico da informação publicitada determina que os intervenientes devem recorrer a dados e elementos aceites pela comunidade técnica e científica, ou seja, pelo conjunto de especialistas, nacionais e internacionais, reconhecidos pelos seus pares, com saber específico e qualificado na área da saúde (cfr. artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 238/2015, de 14 de outubro). Este princípio determina, assim, que na mensagem ou informação publicitária apenas sejam utilizadas informações aceites pela comunidade técnica ou científica. Quando sejam invocadas características ou elementos técnicos e/ou científicos de um ato ou serviço, deve-se exigir informação sobre a referência ou fonte técnica ou científica que comprove o seu rigor, bem como referência a normas e/ou orientações nacionais e/ou internacionais (isto é, imposições das *leges artis*) – cfr. alínea g) do n.º 2 artigo 3.º do Regulamento da ERS n.º 1058/2016.

Neste enquadramento jurídico, e sempre com o propósito de defender os direitos e interesses dos utentes, o n.º 1 do artigo 7.º afirma que "*São proibidas as práticas de publicidade em saúde que, por qualquer razão, induzam ou sejam suscetíveis de induzir em erro o utente quanto à decisão a adotar, designadamente:*

> *a) Ocultem, induzam em erro ou enganem sobre características principais do ato ou serviço, designadamente através de menções de natureza técnica e científica sem suporte de evidência da mesma ou da publicitação de expressões de inovação ou de pioneirismo, sem prévia avaliação das entidades com competência no sector;*

---

g) Sempre que a mensagem ou a informação publicitada se referir a atos e/ou serviços que para serem efetivamente prestados necessitem de uma avaliação prévia, de um diagnóstico individual prévio ou de uma prescrição médica prévia, de acordo com a Lei ou com as *leges artis*, deve conter expressamente essa menção;
h) Indicação expressa dos respetivos prazos temporais, sempre que a mensagem ou informação publicitada tiver por objeto uma campanha com duração limitada.

b) Aconselhem ou incitem à aquisição de atos e serviços de saúde, sem atender aos requisitos da necessidade, às reais propriedades dos mesmos ou a necessidade de avaliação ou de diagnóstico individual prévio;

c) Se refiram falsamente a demonstrações ou garantias de cura ou de resultados ou sem efeitos adversos ou secundários;

d) Enganem ou sejam suscetíveis de criar confusão sobre a natureza, os atributos e os direitos do interveniente a favor de quem a prática de publicidade em saúde é efetua da, designadamente sobre a identidade, as qualificações ou o preenchimento dos requisitos de acesso ao exercício da atividade;

e) No seu contexto factual, tendo em conta todas as suas características e circunstâncias, conduzam ou sejam suscetíveis de conduzir o utente médio a tomar uma decisão de transação que este não teria tomado de outro modo, e envolvam uma atividade que seja suscetível de criar:

i) Confusão entre atos e serviços, marcas, designações comerciais e outros sinais distintivos ou competências de um concorrente direto ou indireto; ou,

ii) Convicção de existência de qualidade através da utilização indevida de marca ou selos distintivos ou invocando esses atributos para finalidades que não são associadas à natureza dessa marca ou certificação;

f) Descrevam o ato ou serviço como «grátis», «gratuito», «sem encargos», ou «com desconto» ou «promoção», se o utente tiver de pagar mais do que o custo inevitável de responder à prática de publicidade em saúde;

g) Proponham a aquisição de atos e serviços a um determinado preço e, com a intenção de promover um ato ou serviço diferente, recusem posteriormente o fornecimento aos utentes do ato ou do serviço publicitado.".

Nos termos do n.º 2 do artigo 7.º, "*São ainda proibidas as práticas de publicidade em saúde que:*

a) Limitem, ou sejam suscetíveis de limitar, significativamente a liberdade de escolha ou o comportamento do utente em relação a um ato ou serviço, através de assédio, coação ou influência indevida e, assim, conduzam, ou sejam suscetíveis de conduzir, o utente a tomar uma decisão de transação que, sem estas práticas publicitárias, não teria tomado;

b) Sejam suscetíveis de induzir o utente ao consumo desnecessário, nocivo ou sem diagnóstico ou avaliação prévios por profissional habilitado;

c) No âmbito de concursos, sorteios ou outras modalidades ou certames afins divulguem atos ou serviços de saúde como respetivo prémio, brinde ou condição de prémio, ou similares.".

Por fim, nos termos do disposto na alínea a) do n.º 1 do artigo 8.º do diploma em apreço, "*A infração ao disposto no presente decreto-lei constitui contraordenação punível com as seguintes coimas: a) De € 250 a € 3 740,98 ou de € 1 000 a € 44 891,81, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva, por violação do disposto nos artigos 3.º a 7.º*;", sendo certo que, nos termos do n.º 3 do mesmo artigo, "*São ainda aplicáveis, em função da gravidade da infração, do potencial impacto e da culpa do agente, as seguintes sanções acessórias:*

a) Apreensão de suportes, objetos ou bens utilizados na prática das contraordenações;

b) Interdição temporária, até ao limite de dois anos, de exercer a atividade profissional ou publicitária;

c) Privação de direito ou benefício outorgado por entidades reguladoras ou serviços públicos, até ao limite de dois anos.".

4.6 – Diretivas antecipadas de vontade e Procuradores de Saúde

4.6.1 – Diretivas antecipadas de vontade

Aos utentes dos serviços de saúde é também reconhecido o direito de decidirem sobre a prestação futura de cuidados de saúde a que possam ser sujeitos, no caso de, em determinado momento, se encontrarem numa situação de incapacidade de manifestar a sua vontade.

A diretiva antecipada de vontade (DAV)[142] em matéria de cuidados de saúde, designadamente sob a forma de testamento vital (TV), é o documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente – cfr. n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho.

[142] A ERS publicou, no seu *website*, perguntas frequentes sobre Diretiva Antecipada de Vontade em cuidados de saúde, que podem ser consultadas em https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/diretiva-antecipada-de-vontade-em-cuidados-de-saude/.

A consagração deste direito reflete o respeito absoluto pela autonomia e a autodeterminação da pessoa em matéria de cuidados de saúde, e a proteção da sua dignidade, na medida em que, através do seu exercício, o utente consente ou recusa a prestação de cuidados de saúde.

A LBS reconhece o direito de todas as pessoas a serem informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar. Mais reconhece o direito de todas as pessoas decidirem, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhes são propostos, a emitir diretivas antecipadas de vontade e a nomear procurador de cuidados de saúde (cfr. alíneas e) e f) do n.º 1 da Base 2).

Por sua vez, a CDHB, tendo por objetivo proteger o ser humano na sua dignidade e na sua identidade e garantir a toda a pessoa, sem discriminação, o respeito pela sua integridade e pelos seus outros direitos e liberdades fundamentais face às aplicações da biologia e da medicina, consagra o primado do ser humano sobre o interesse único da sociedade ou da ciência, devendo o interesse e o bem-estar do ser humano prevalecer (artigo 2.º). Assim, a respeito desta matéria, o artigo 9.º da Convenção consagra, sob a epígrafe "*Vontade anteriormente manifestada*", que "*A vontade anteriormente manifestada no tocante a uma intervenção médica por um paciente que, no momento da sua intervenção, não se encontre em condições de expressar a sua vontade, será tomada em conta*."

Já a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, no seu artigo 3.º sob a epígrafe "*consentimento ou recusa*", afirma que "*O consentimento ou a recusa da prestação dos cuidados de saúde devem ser declarados de forma livre e esclarecida, salvo disposição especial da lei*" (cfr. n.º 1) e que "*O utente dos serviços de saúde pode, em qualquer momento da prestação dos cuidados de saúde, revogar o consentimento*." (cfr. n.º 2).

As DAV foram reguladas pela primeira vez no nosso ordenamento jurídico com a Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, a qual veio estabelecer o seu regime jurídico, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde, criando ainda o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV).

Nos termos do n.º 2 do artigo 2.º da Lei n.º 25/2012, podem constar do documento de diretivas antecipadas de vontade as disposições que expressem a vontade clara e inequívoca do outorgante, nomeadamente:

a) Não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais;

b) Não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que concerne às medidas de suporte básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte;

c) Receber os cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção global no sofrimento determinado por doença grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada;

d) Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental;

e) Autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos.

Em termos formais, exige-se que o documento seja reduzido a escrito e assinado presencialmente perante funcionário devidamente habilitado do RENTEV ou notário, contendo informação relativa à identificação completa do outorgante; ao lugar, à data e a hora da sua assinatura; às situações clínicas em que as DAV produzem efeitos; às opções e instruções relativas a cuidados de saúde que o outorgante deseja ou não receber; e às declarações de renovação, alteração ou revogação das DAV, caso existam (cfr. n.º 1 do artigo 3.º).

Caso o outorgante recorra à colaboração de um médico para a elaboração das DAV, existe a possibilidade da identificação e a assinatura do médico poderem constar no documento, se for essa a opção do outorgante e do médico (cfr. n.º 2 do artigo 3.º).

As DAV não obedecem a um modelo obrigatório; no entanto, o legislador prevê a aprovação de um modelo facultativo de DAV, mediante pareceres prévios do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) e da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) - cfr. n.º 3 do artigo 3.º. Neste sentido, o modelo de DAV foi aprovado em anexo à Portaria n.º 104/2014, de 15 de maio, da qual faz parte integrante e encontra-se disponibilizado no *website* das ARS, no Portal do Utente, no Portal da Saúde, entre outros[143]. O uso deste modelo, embora não seja obrigatório, é recomendado, uma vez que facilita a organização da informação pelo outorgante e o processo de consulta pelos médicos no momento da prestação de cuidados de saúde; o modelo terá também de ser assinado presencialmente pelo outorgante ou conter a sua assinatura reconhecida por notário[144].

[143] Cfr. www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/05/Rentev_form_v0.5.pdf.
[144] *Vide* Circular Informativa n.º 5/2014, de 24 de junho, dos SPMS.

A DAV pode ser feita por cidadãos nacionais, estrangeiros e apátridas residentes em Portugal. Nos termos do artigo 4.º da Lei em apreço, podem outorgar um documento de diretivas antecipadas de vontade as pessoas que, cumulativamente:

a) Sejam maiores de idade;

b) Se encontrem capazes de dar o seu consentimento consciente, livre e esclarecido.

Nos termos do artigo 5.º, são juridicamente inexistentes, não produzindo qualquer efeito, as DAV:

a) Que sejam contrárias à lei, à ordem pública ou determinem uma atuação contrária às boas práticas;

b) Cujo cumprimento possa provocar deliberadamente a morte não natural e evitável, tal como prevista nos artigos 134.º e 135.º do Código Penal;

c) Em que o outorgante não tenha expressado, clara e inequivocamente, a sua vontade.

Se constar do RENTEV um documento de DAV, ou se este for entregue à equipa responsável pela prestação de cuidados de saúde pelo outorgante ou pelo procurador de cuidados de saúde, o seu conteúdo deve ser respeitado (cfr. n.º 1 do artigo 6.º). Contudo, as DAV não devem ser respeitadas quando (cfr. n.º 2 do artigo 6.º):

a) Se comprove que o outorgante não desejaria mantê-las;

b) Se verifique evidente desatualização da vontade do outorgante face ao progresso dos meios terapêuticos, entretanto verificado;

c) Não correspondam às circunstâncias de facto que o outorgante previu no momento da sua assinatura.

O responsável pelos cuidados de saúde regista no processo clínico qualquer dos factos referidos, dando conhecimento dos mesmos ao procurador de cuidados de saúde, quando exista, bem como ao RENTEV (cfr. n.º 3 do artigo 6.º).

Em caso de urgência ou de perigo imediato para a vida do utente, a equipa responsável pela prestação de cuidados de saúde não tem o dever de ter em consideração as DAV, no caso de o acesso às mesmas poder implicar uma demora que agrave, previsivelmente, os riscos para a vida ou a saúde do outorgante (cfr. n.º 4 do artigo 6.º).

Ademais, a decisão fundada no documento de DAV de iniciar, não iniciar ou de interromper a prestação de um cuidado de saúde, deve ser inscrita no processo clínico do outorgante (cfr. n.º 5 do artigo 6.º).

Já no que respeita ao prazo de eficácia das DAV, nos termos do artigo 7.º do diploma em análise, o documento é eficaz por um prazo de cinco anos a contar da sua assinatura. Até 60 dias antes de concluído este prazo, os serviços de RENTEV devem informar por escrito o outorgante de DAV e, caso exista, o seu procurador, da data de caducidade do documento. Deste modo, este prazo é sucessivamente renovável, mediante declaração de confirmação do disposto no documento de DAV, estando, no entanto, esta declaração sujeita aos requisitos de forma exigidos para a elaboração do documento DAV, nos termos do n.º 1 do artigo 3.º. E mesmo que ocorra a incapacidade do outorgante no decurso do prazo de 5 anos, o documento de DAV mantém-se em vigor.

Em qualquer momento, o outorgante pode revogar ou modificar o documento DAV, no todo ou em parte, sendo o prazo de eficácia do documento renovado sempre que nele seja introduzida uma modificação (cfr. n.os 1 e 3 do artigo 8.º). Também neste caso, a modificação do documento DAV está sujeita à forma prevista no artigo 3.º da Lei em análise (cfr. n.º 2 do artigo 8.º).

A qualquer momento e através de simples declaração oral ao responsável pela prestação de cuidados de saúde, o outorgante pode modificar ou revogar o seu documento de DAV, devendo esse facto ser inscrito no processo clínico, no RENTEV, e comunicado ao procurador de cuidados de saúde, quando exista (cfr. n.º 4 do artigo 8.º).

Perante a solicitação de cumprimento do disposto no documento DAV, é conferido o direito à objeção de consciência aos profissionais de saúde, devendo estes indicar a que disposição ou disposições das DAV se refere (cfr. n.º 1 e n.º 2 do artigo 9.º). Os estabelecimentos de saúde devem providenciar pela garantia do cumprimento do documento de DAV, adotando as formas adequadas de cooperação com outros estabelecimentos de saúde ou com profissionais de saúde legalmente habilitados (cfr. n.º 3 do artigo 9.º).

Por fim, nos termos do artigo 10.º, ninguém pode ser discriminado no acesso a cuidados de saúde ou na subscrição de um contrato de seguro, em virtude de ter ou não outorgado um documento de diretivas antecipadas de vontade.

4.6.2 – Procurador e procuração de cuidados de saúde

Qualquer pessoa pode nomear um procurador de cuidados de saúde, atribuindo-lhe poderes representativos para decidir sobre os cuidados de saúde a receber, ou a não receber, pelo outorgante, quando este se encontre incapaz de expressar a sua vontade pessoal e

autonomamente, sendo possível a nomeação de um segundo procurador, para o caso de impedimento do primeiro indicado (cfr. n.os 1 e 5 do artigo 11.º da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho).

Quanto à capacidade para nomear e ser nomeado, exigem-se os mesmos requisitos de capacidade para outorgar um documento de DAV (cfr. n.º 2 do artigo 11.º da referida Lei n.º 25/2012).

Excetuam-se da possibilidade de serem procuradores de cuidados de saúde (cfr. n.º 3 do artigo 11.º da Lei em apreço):

a) os funcionários do RENTEV e os funcionários do cartório notarial que intervenham nos atos regulados pela lei em análise;

b) Os proprietários e os gestores de entidades que administram ou prestam cuidados de saúde, a não ser que tenham uma relação familiar com o outorgante.

A procuração de cuidados de saúde é o documento pelo qual se atribui a uma pessoa, voluntariamente e de forma gratuita, poderes representativos em matéria de cuidados de saúde, para que aquela os exerça no caso de o outorgante se encontrar incapaz de expressar de forma pessoal e autónoma a sua vontade (cfr. n.º 1 do artigo 12.º da Lei n.º 25/2012).

Os profissionais de saúde devem respeitar as decisões tomadas pelo procurador de cuidados de saúde, dentro dos limites dos poderes representativos que lhe competem (cfr. n.º 1 do artigo 13.º da Lei n.º 25/2012). No entanto, verificando-se a existência de conflito entre as disposições formuladas no documento de DAV, se este existir, e a vontade do procurador de cuidados de saúde, prevalece a vontade do outorgante expressa naquele documento (cfr. n.º 2 do artigo 13.º da Lei n.º 25/2012).

Nos termos do artigo 14.º da Lei n.º 25/2012, a procuração pode ser livremente revogável pelo seu outorgante, extinguindo-se por renúncia do procurador, que deve informar, por escrito, o outorgante, podendo ser também revogada por decisão do tribunal que instaure o acompanhamento de maior de idade.

4.6.3 – Registo Nacional de Testamento Vital

O Registo Nacional de Testamento Vital (RENTEV) foi criado pela Lei n.º 25/2012, de 16 de julho, com a finalidade de rececionar, registar, organizar e manter atualizada, quanto aos cidadãos nacionais, estrangeiros e apátridas residentes em Portugal, a informação e documentação relativas ao documento de DAV e à procuração de cuidados de saúde (n.º 1 do artigo 15.º).

O registo no RENTEV tem valor meramente declarativo. Deste modo, as DAV ou procuração de cuidados de saúde que não se encontrem aí registadas são igualmente eficazes, desde que tenham sido formalizadas de acordo com o disposto na Lei, designadamente no que concerne à expressão clara e inequívoca da vontade do outorgante (cfr. n.º 1 do artigo 6.º).

Assim, quando o utente se desloca a um estabelecimento prestador de cuidados de saúde, poderá fazer-se acompanhar do seu documento de DAV. Contudo, apenas com o registo no RENTEV existe a garantia de que os profissionais de saúde têm conhecimento da existência de uma DAV válida e de que terão acesso ao seu conteúdo.

Para proceder ao registo das DAV e da procuração dos cuidados de saúde, o outorgante pode apresentar presencialmente, nos serviços de cuidados de saúde primários da sua área de residência, o respetivo documento no RENTEV, ou enviá-lo por correio registado, devendo, neste caso, a sua assinatura ser reconhecida por notário (cfr. n.º 2 do artigo 16.º). Neste âmbito, não é admitido o envio do documento de DAV por correio eletrónico, nem mesmo em versão digitalizada dos documentos em papel.

A organização e funcionamento do RENTEV, encontra-se regulamentada pela Portaria n.º 96/2014, de 5 de maio, atualizada pela Portaria n.º 141/2018, de 18 de maio. Com vista a tomar conhecimento da real vontade do utente, o médico responsável pela prestação de cuidados de saúde a pessoa incapaz de expressar de forma livre e autónoma a sua vontade, deverá assegurar-se da existência de DAV e/ou de procuração de cuidados de saúde registados (cfr. n.º 1 do artigo 17.º). Para tanto, os profissionais de saúde devem consultar o Portal do Profissional da Plataforma de Dados da Saúde, de forma a confirmar se existe um documento de diretivas antecipadas de vontade e procuração de cuidados de saúde registados no RENTEV (cfr. n.º 1 do artigo 5.º da Portaria n.º 96/2014). Caso se verifique a referida existência, o documento de DAV e procuração de cuidados de saúde são anexados ao processo clínico do outorgante (cfr. n.º 2 do artigo 17.º).

O acesso ao RENTEV por profissionais de instituições de saúde não pertencentes ao SNS também é possível, mediante a introdução da palavra-passe individual do profissional de saúde e leitura do número do cartão de cidadão do utente.

Com vista à validade de dados e registo, os documentos de DAV e a procuração de cuidados de saúde entregues para registo são verificados pelo ACES ou ULS respetivo, para aferição da sua conformidade com os requisitos constantes da Lei n.º 25/2012, de 16 de julho.

A omissão ou não conformidade com os requisitos legais é comunicada por escrito ao outorgante para que este proceda ao aditamento ou correção dos documentos, no prazo de 10 dias úteis, sob

pena de caducidade do processo de registo (cfr. n.º 2 do artigo 3.º da Portaria n.º 96/2014, de 5 de maio).

Por fim, após validação dos dados apresentados e verificação da sua conformidade, o ACES ou a ULS informa o outorgante e, caso exista, o seu procurador de cuidados de saúde, da conclusão do processo de registo, produzindo o registo no RENTEV efeitos após receção desta informação (cfr. n.º 1 e n.º 3 do artigo 4.º da referida Portaria).

5. Direito de acesso à informação clínica e direito à proteção de dados pessoais, à reserva da vida privada e ao segredo profissional

5.1 – Direito de acesso à informação clínica

O direito de acesso dos utentes à informação[145] sobre a sua saúde assume-se como um elemento fundamental para a garantia – plena e efetiva – do seu direito de acesso aos cuidados de saúde, mas também para o exercício da liberdade de escolha e para o direito a obter uma segunda opinião ou apreciação sobre a sua situação clínica.

Para que cada utente possa tomar decisões livres e esclarecidas e adotar as ações necessárias à defesa e promoção da sua saúde, tem de aceder, atempadamente, à informação sobre o seu estado de saúde. Só através do conhecimento desta informação é que o direito à liberdade, autonomia e autodeterminação pessoal podem ser assegurados e, nessa medida, concretizado o direito de acesso a cuidados de saúde.

Na verdade, o desrespeito deste direito de acesso à informação, pode ter consequências imediatas no acesso aos cuidados de saúde – pense-se, por exemplo, no caso de um utente pretender procurar outro prestador de cuidados de saúde e lhe ser negado o acesso ao seu processo clínico (seja por consulta, seja por obtenção de cópia do mesmo) ou a sua transferência para o novo prestador.

[145] A ERS publicou, no seu *website*, perguntas frequentes sobre acesso a informação de saúde, disponíveis em https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/acesso-a-informacao-de-saude/.

O respeito pelo direito dos utentes de acesso a cuidados de saúde impõe aos prestadores a obrigação de lhes assegurar o acesso aos respetivos dados de saúde. E tais obrigações aplicam-se a todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, independentemente da sua natureza jurídica.

O n.º 3 do artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, refere que "*Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente*". Esta imposição decorre diretamente do dever dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde tratarem os seus utentes com respeito pela sua dignidade, como direito e princípio estruturante da República Portuguesa. De facto, os profissionais de saúde que se encontram ao serviço dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde devem ter redobrado cuidado em respeitar as pessoas particularmente fragilizadas pela doença.

E para que estes ditames legais e constitucionais possam ser cumpridos, a relação que se estabelece entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e os seus utentes deve pautar-se pela verdade, completude e transparência em todos os seus aspetos e momentos. Nesse sentido, o direito à informação – e o concomitante dever de informar – surgem com especial relevância na relação estabelecida entre utente e prestador.

Daí que, nos termos do disposto nos n.os 1 e 2 do artigo 7.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, o utente dos serviços de saúde tenha o direito a ser informado pelo prestador dos cuidados de saúde sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado, devendo a informação transmitida ser verdadeira, completa, transparente, acessível e inteligível pelo seu destinatário concreto. Só assim se logrará respeitar a dignidade, liberdade e autonomia dos utentes e, bem assim, reunir as condições essenciais para que estes possam exercer, de forma plena e efetiva, o seu direito fundamental de proteção da saúde.

A contrario, a veiculação de uma qualquer informação errónea, a falta de informação ou a omissão de um dever de informar por parte do prestador, são suficientes para comprometer a exigida transparência da relação e, nesse sentido, para distorcer o acesso a cuidados de saúde, o exercício da liberdade de escolha e o consentimento para a prestação de cuidados de saúde, para além de causar lesões de direitos e interesses (patrimoniais e não patrimoniais) do utente.

Deste quadro jurídico-normativo resulta que o acesso à informação é um elemento essencial para a garantia e respeito do direito de acesso a cuidados de saúde. Garantindo, protegendo e promovendo o acesso à informação, confere-se ao utente a possibilidade real e efetiva do exercício, em liberdade, do direito à decisão, do direito de escolha do prestador, do direito a defender e promover a sua saúde.

Deste modo, sendo o direito de acesso à informação de saúde condição essencial para a efetivação, respeito e exercício do direito de acesso aos cuidados de saúde, deve o mesmo ser reconhecido, sem qualquer limitação ou restrição, como um direito do utente – e nunca como uma prerrogativa da entidade responsável pelo estabelecimento prestador de cuidados de saúde. E por isso, o direito de acesso à informação de saúde nunca poderá ser interpretado ou definido em função da natureza jurídica desta entidade, porque ele não é reconhecido, legal ou constitucionalmente, para cumprir interesses da mesma, mas sim para assegurar direitos fundamentais dos utentes[146].

Este direito de acesso à informação de saúde visa não apenas proteger o utente de adulterações ou apropriações ilegítimas de dados que o identifiquem, mas, sobretudo, promover a sua literacia nesta área, fornecendo-lhe elementos que lhe permitam compreender melhor a sua condição física e psíquica, bem como, o objetivo dos cuidados de saúde prestados ou a prestar.

Nos termos do n.º 1 do artigo 64.º da CRP, "*Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover*". Resulta desta norma fundamental que todos os cidadãos, para além do direito à proteção da saúde, têm também o dever de a defender e promover.

E para esse efeito, torna-se essencial o acesso à informação sobre a sua saúde, para que cada um possa tomar decisões livres e esclarecidas e providenciar pelas necessárias diligências para defender e promover a sua saúde. E também é certo que só através do acesso à sua informação de saúde, é que o direito à liberdade, autonomia e autodeterminação pessoal podem ser assegurados.

Nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 35.º da CRP, "*Todos os cidadãos têm o direito de acesso aos dados informatizados que lhes digam respeito, podendo exigir a sua rectificação e actualização, e o direito de conhecer a finalidade a que se destinam, nos termos da lei*.", sendo certo que, atento o disposto no n.º 7 do mesmo artigo 35.º da CRP, "*Os dados pessoais constantes de ficheiros manuais gozam de protecção idêntica à prevista nos números anteriores, nos termos da lei*."

Por sua vez, e no que respeita a esta matéria, a Base 2 da LBS reconhece o direito de todas as pessoas a: "*receber informação sobre o tempo de resposta para os cuidados de saúde de que necessitem*"; "*ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar*"; e "*aceder livremente à informação que lhes respeite, sem necessidade de intermediação de um profissional de saúde, exceto se por si solicitado*".

[146] A ERS publicou o Alerta de Supervisão n.º 3/2023, de 14 de novembro, sobre acesso dos utentes aos elementos do seu processo clínico.

Nos termos no n.º 1 da Base 15 da LBS, "*A informação de saúde é propriedade da pessoa*", sendo certo que, nos termos do seu n.º 2, "*A circulação da informação de saúde deve ser assegurada com respeito pela segurança e proteção dos dados pessoais e da informação de saúde, pela interoperabilidade e interconexão dos sistemas dentro do SNS e pelo princípio da intervenção mínima.*".

Concretizando este direito, a Lei n.º 15/2014 reafirma, no n.º 3 do artigo 5.º, que "*O utente dos serviços de saúde é titular do direito de acesso aos dados pessoais recolhidos e pode exigir a retificação de informações inexatas e a inclusão de informações total ou parcialmente omissas*".

A CDHB também consagra este direito de acesso à informação, afirmando, no n.º 2 do artigo 10.º, que "*Qualquer pessoa tem o direito de conhecer toda a informação recolhida sobre a sua saúde* […]".

A mesma solução encontra-se prevista no n.º 2 do artigo 3.º da Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro, quando aí se refere que "*O titular da informação de saúde tem o direito de, querendo, tomar conhecimento de todo o processo clínico que lhe diga respeito, salvo circunstâncias excepcionais devidamente justificadas e em que seja inequivocamente demonstrado que isso lhe possa ser prejudicial, ou de o fazer comunicar a quem seja por si indicado*".

A exceção prevista no n.º 2 do artigo 3.º da Lei n.º 12/2005 ao direito de acesso à informação, o chamado "*privilégio terapêutico*"[147], visa acautelar situações em que o conhecimento de uma dada informação, ainda que pessoal, possa interferir negativamente na saúde do próprio utente. Também no mesmo sentido, segundo o artigo 157.º do Código Penal, "[…] *o consentimento só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica*.".

No dia 22 de agosto de 2016, foi publicada a Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto, que aprova o regime de acesso à informação administrativa e ambiental e de reutilização dos documentos administrativos, transpondo a Diretiva 2003/4/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 28 de janeiro, e a Diretiva 2003/98/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 17 de novembro. No âmbito do acesso aos documentos administrativos, e tal como sucedia no regime anterior, a nova Lei contém, no seu artigo 7.º, uma disposição especial sobre acesso e comunicação de dados de saúde, nos termos seguintes:

[147] Cfr. capítulo sobre o *Direito à Decisão*.

"*1. O acesso à informação de saúde por parte do seu titular, ou de terceiros com o seu consentimento ou nos termos da lei, é exercido por intermédio de médico se o titular da informação o solicitar, com respeito pelo disposto na Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro.*

2. Na impossibilidade de apuramento da vontade do titular quanto ao acesso, o mesmo é sempre realizado com intermediação de médico.

3. No caso de acesso por terceiros mediante consentimento do titular dos dados, deve ser comunicada apenas a informação expressamente abrangida pelo instrumento de consentimento.

4. Nos demais casos de acesso por terceiros, só pode ser transmitida a informação estritamente necessária à realização do interesse direto, pessoal, legítimo e constitucionalmente protegido que fundamenta o acesso.".

No que respeita aos destinatários da norma – os quais, atento o disposto nos artigos 1.º e 4.º da Lei n.º 26/2016, serão as unidades de saúde do setor público – a nova disposição mantém a regra do acesso direto do utente à sua informação de saúde, só devendo existir intermediação de médico, caso o próprio utente assim o solicite, solução esta idêntica àquela prevista também na alínea g) do n.º 1 da Base 2 da LBS, nos termos da qual todas as pessoas têm direito a aceder livremente à informação que lhes respeite, sem necessidade de intermediação de um profissional de saúde, exceto se por si solicitado.

Acresce ainda que, atento o disposto no artigo 47.º da Lei n.º 26/2016, o artigo 3.º da Lei n.º 12/2005 foi também modificado, tendo sido alterado o respetivo n.º 3 do e aditado um n.º 4, nos termos seguintes:

"*3. O acesso à informação de saúde por parte do seu titular, ou de terceiros com o seu consentimento ou nos termos da lei, é exercido por intermédio de médico, com habilitação própria, se o titular da informação o solicitar.*

4. Na impossibilidade de apuramento da vontade do titular quanto ao acesso, o mesmo é sempre realizado com intermediação de médico."

Resulta do teor das normas citadas que a intenção do legislador foi harmonizar o acesso à informação de saúde, o qual passa a ser exercido por intermédio do médico apenas quando o utente, titular da informação, assim o solicitar, independentemente da natureza jurídica da unidade de saúde onde aquela informação se encontrar depositada – ou seja, quer a informação se encontre numa unidade do setor público, privado, cooperativo ou social.

Importa ainda sublinhar que, por direito de acesso, deve entender-se não só o direito de consulta da informação de saúde, mas também o direito de reprodução dessa informação (de obtenção de cópias, por exemplo), o direito de informação sobre a sua existência e conteúdo e o direito de exigir a alteração de informações inexatas e a inclusão de informações total ou parcialmente omissas.

Neste âmbito, informação de saúde é todo o tipo de informação, direta ou indiretamente ligada à saúde do utente, presente ou futura, quer aquele se encontre com vida ou tenha falecido, incluindo os dados clínicos registados nas unidades de saúde (por exemplo, o processo clínico ou quaisquer outras fichas clínicas), historial clínico e familiar, resultados de análises e de outros exames, intervenções, diagnósticos e tratamentos (cfr. artigo 2.º e n.º 1 do artigo 3.º da Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro). Este direito de acesso ao processo clínico não contempla, contudo, o acesso a anotações pessoais efetuadas pelos profissionais de saúde, designadamente para memória futura do próprio profissional de saúde, e que não se destinam a classificar ou identificar nenhum dado pessoal do utente; tais anotações ou descrições, apesar de poderem eventualmente constar dos registos e processos clínicos dos utentes, não devem ser considerados dados pessoais dos mesmos.

O conceito de "dados de saúde" deve integrar-se num conceito amplo relativo a dados pessoais, que são definidos pelo Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD)[148] [149] como "[…] *informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável («titular dos dados»), sendo considerada "identificável uma pessoa singular que possa ser identificada, direta ou indiretamente, em especial por referência a um identificador, como por exemplo um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrónica ou a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, económica, cultural ou social dessa pessoa singular*" (n.º 1 do artigo 4.º). Nestes termos, podem ser considerados dados pessoais, entre muitos outros, o nome, a morada, o número da segurança social, o número de contribuinte, o número do bilhete de identidade, e, também, a informação de saúde.

A informação de saúde pertence, unicamente, ao utente – uma vez que contém informação sobre o próprio, que se integra no seu direito fundamental à reserva da intimidade da vida privada - e não, designadamente, ao estabelecimento prestador de cuidados de saúde ou aos seus profissionais de saúde, aos quais não cabe, como visto acima, recusar, dificultar ou, por qualquer meio, condicionar o acesso a tal informação. Assim o refere o n.º 1 da Base 15 da LBS: a informação de saúde é

[148] Regulamento (UE) n.º 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados, e que revoga a Diretiva 95/46/CE.
[149] De igual relevância se afigura o Regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia relativo ao Espaço Europeu de Dados de Saúde.

propriedade da pessoa. Os profissionais de saúde devem aceder e utilizar a informação de saúde do utente para efeitos de prestação de cuidados de saúde e, quando aplicável, para investigação clínica[150]; e os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde devem garantir que essa informação fica devidamente armazenada, protegida e acessível aos profissionais de saúde, para os efeitos referidos, e aos próprios utentes, ou a quem estes autorizarem expressamente para o efeito.

O artigo 5.º da Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro, para além de referir que a informação médica "[…] *é a informação de saúde destinada a ser utilizada em prestações de cuidados ou tratamentos de saúde*", estabelece o conceito de processo clínico como "*qualquer registo, informatizado ou não, que contenha informação de saúde sobre doentes ou seus familiares*", que deve conter toda a informação médica disponível que diga respeito à pessoa.

Incumbe aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, independentemente da sua natureza - singular ou coletiva, e pública ou privada -, o dever de criar, manter, atualizar e conservar em arquivo ficheiros adequados, relativos aos processos clínicos dos seus utentes. Embora o processo clínico seja propriedade do utente, são os estabelecimentos de saúde os depositários da informação e, portanto, é sobre eles que recai o dever de o proteger (cfr. n.º 1 do artigo 3.º da Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro).

Para cumprir os seus propósitos, o processo clínico relativo a um determinado utente deve conter informação suficiente sobre a sua identificação, sobre todos os factos relacionados com a sua saúde, incluindo a sua situação atual, previsão de evolução futura e história clínica e familiar, e sobre todos os factos relacionados com os cuidados de saúde que lhe tenham sido prestados e que lhe venham a ser prestados no estabelecimento de saúde em que o processo clínico se encontra depositado. Entre os elementos que devem integrar o processo clínico refiram-se, entre outros: registo da anamnese (entrevista prévia ao utente); registo da admissão e o estado de saúde do utente nesse momento; diagnóstico, informação prestada ao utente sobre o seu estado de saúde, decisão proferida por este quanto aos cuidados de saúde propostos e descrição detalhada sobre tratamentos e intervenções realizadas, incluindo resultados de exames e análises; fármacos, produtos e outros materiais utilizados e respetiva dosagem, lote, marca e outros elementos relevantes; evolução do seu estado de saúde e eventuais correspondências entre profissionais; informação sobre transferência dos utentes entre serviços; registo de alta; e custos e faturação subjacente a todos os atos incluídos na prestação de cuidados de saúde.

[150] A investigação clínica encontra-se regulada pela Lei n.º 21/2014, de 16 de abril.

Considerando o acima exposto, deve ser reconhecido e assegurado ao utente o acesso a todas estas informações, independentemente do suporte onde as mesmas estejam arquivadas, com as exceções já referidas acima. Importará ainda referir que a emissão de um relatório médico não constitui, nem substitui, o exercício do direito de acesso aos dados de saúde; na verdade, um relatório médico constitui uma reflexão e apreciação médica sobre dados de saúde e, nesse sentido, é um ato médico autónomo.

Não sendo obrigatória, como acima exposto, a intermediação no acesso a dados de saúde, este não deve estar sujeito a nenhum requisito prévio ou entrave de qualquer ordem – nomeadamente, à exigência de pagamento prévio de um qualquer valor, a título de taxa ou preço. Contudo, caso o utente deseje obter a reprodução dos seus dados de saúde (por exemplo, uma cópia ou gravação digital), esta já poderá estar, eventualmente, sujeita ao pagamento de um valor (taxa ou preço).

No que respeita ao exercício do direito de acesso à informação de saúde, deverão aplicar-se as regras definidas no RGPD. Assim, nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 15.º do RGPD, o titular dos dados tem o direito de obter do responsável pelo tratamento a confirmação de que os dados pessoais que lhe digam respeito são ou não objeto de tratamento e, se for esse o caso, o direito de aceder aos mesmos e, entre outras, às seguintes informações: as finalidades do tratamento dos dados; as categorias dos dados pessoais em questão; os destinatários ou categorias de destinatários a quem os dados pessoais foram ou serão divulgados, nomeadamente os destinatários estabelecidos em países terceiros ou pertencentes a organizações internacionais; a existência do direito de solicitar ao responsável pelo tratamento a retificação, o apagamento ou a limitação do tratamento dos dados pessoais no que diz respeito ao titular dos dados, ou do direito de se opor a esse tratamento; o direito de apresentar reclamação a uma autoridade de controlo.

O ordenamento jurídico português apresenta ainda regras específicas no que diz respeito ao acesso a informação e a documentos nominativos que incluam dados de saúde, produzidos ou detidos por entidades prestadoras de cuidados de saúde do setor público – cfr. artigo 4.º da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto.

Nos termos do n.º 1 do artigo 12.º deste diploma, o acesso a documentos administrativos deve ser solicitado por escrito, através de requerimento que contenha os elementos essenciais à identificação do requerente, designadamente o nome, dados de identificação pessoal, dados de contacto e assinatura. Atento o disposto no n.º 1 do artigo 13.º do diploma em apreço, o acesso a documentos administrativos exerce-se através dos seguintes meios, conforme opção do requerente: a) consulta gratuita, eletrónica ou efetuada presencialmente nos serviços que os detêm; b) reprodução por fotocópia ou por qualquer meio técnico, designadamente visual, sonoro ou eletrónico; c) certidão.

No caso de os documentos em causa estarem informatizados, os mesmos poderão ser enviados por qualquer meio de transmissão eletrónica de dados, sempre que tal for possível e desde que se trate de meio adequado à inteligibilidade e fiabilidade do seu conteúdo, e em termos rigorosamente correspondentes ao do conteúdo do registo.

Por fim, nos termos do artigo 15.º da Lei n.º 26/2016, a entidade a quem for dirigido o requerimento de acesso a um documento administrativo deve, no prazo de 10 dias: a) comunicar a data, local e modo para se efetivar a consulta, se requerida; b) emitir a reprodução ou certidão requeridas; c) comunicar por escrito as razões da recusa, total ou parcial, do acesso ao documento, bem como quais as garantias de recurso administrativo e contencioso de que dispõe o requerente contra essa decisão, nomeadamente a apresentação de queixa junto da Comissão de Acesso aos Documentos Administrativos (CADA) e a intimação judicial da entidade requerida; d) informar que não possui o documento e, se souber qual a entidade que o detém, remeter-lhe o requerimento, com conhecimento ao requerente; e) expor à CADA quaisquer dúvidas que tenha sobre a decisão a proferir, a fim desta entidade emitir parecer; em casos excecionais, se o volume ou a complexidade da informação o justificarem, o prazo referido pode ser prorrogado até ao máximo de dois meses, devendo o requerente ser informado desse facto, com indicação dos respetivos fundamentos, no prazo de 10 dias.

5.2 – Direito à proteção de dados pessoais, à reserva da vida privada e ao segredo profissional

Para além do direito de acesso à sua informação de saúde, o utente tem também direito a que esta seja devidamente protegida e utilizada apenas para as finalidades que motivaram a sua recolha, ou seja, para a prestação de cuidados de saúde. Tratando-se de dados sensíveis e referentes à sua intimidade e vida privada, o utente tem direito a que toda esta informação não seja utilizada para qualquer outro fim e que não seja acessível a terceiros sem o seu conhecimento e consentimento expresso prévio.

Nos termos do artigo 26.º da CRP, são reconhecidos a todas as pessoas, entre outros, o direito à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à imagem, à palavra e à reserva da intimidade da vida privada e familiar, devendo a lei estabelecer garantias efetivas contra a obtenção e utilização abusivas, ou contrárias à dignidade humana, de informações relativas às pessoas e famílias.

E tal como acima se referiu, nos termos do artigo 35.º da CRP, a lei define o conceito de dados pessoais, bem como as condições aplicáveis ao seu tratamento automatizado, conexão, transmissão e utilização, e garante a sua proteção, designadamente através de entidade administrativa independente, estando proibido o acesso a dados pessoais de terceiros, salvo em casos excecionais previstos na lei.

Igual proteção é conferida pelo n.º 1 do artigo 80.º do Código Civil, onde se afirma que "*todos devem guardar reserva quanto à intimidade da vida privada de outrem*".

No âmbito da prestação de cuidados de saúde, a proteção de dados pessoais e a reserva da vida privada assumem especial importância: por um lado, para que os profissionais de saúde possam prestar melhores cuidados, necessitam de ter acesso a um conjunto de informações pessoais do utente; por outro, para que o utente possa transmitir tais informações pessoais aos profissionais de saúde, terá de confiar que as mesmas só serão utilizadas para esse propósito de prestação de cuidados de saúde. Esta relação de confiança não deve ser quebrada, sob pena de se frustrarem as expectativas do utente e a prestação de cuidados de saúde ficar irremediavelmente afetada.

Por se tratar de uma matéria tão sensível e relevante no âmbito da prestação de cuidados de saúde, todos os profissionais que têm acesso a informação pessoal dos utentes devem guardar sigilo absoluto, só devendo fazer uso da mesma para cumprir as suas funções – ou seja, para prestar cuidados de saúde ao utente. Deste modo, os utentes dos serviços de saúde têm direito ao sigilo profissional sobre os seus dados pessoais e todos os profissionais de saúde estão obrigados ao dever de sigilo relativamente aos factos de que tenham conhecimento no exercício das suas funções, salvo lei que disponha em contrário ou decisão judicial que imponha a sua revelação - nos termos do n.º 2 da Base 28 da LBS, "*Os profissionais de saúde, pela relevante função social que desempenham ao serviço das pessoas e da comunidade, estão sujeitos a deveres éticos e deontológicos acrescidos, nomeadamente a guardar sigilo profissional sobre a informação de que tomem conhecimento no exercício da sua atividade.*"

Esta obrigação de sigilo é de tal forma relevante, que a lei contempla vários dispositivos para prevenir e punir a sua violação. É o caso do disposto no artigo 195.º do Código Penal que, sob a epígrafe "*Violação de segredo*", afirma que "*Quem, sem consentimento, revelar segredo alheio de que tenha tomado conhecimento em razão do seu estado, ofício, emprego, profissão ou arte é punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 240 dias.*". Mas a própria Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, também contempla vários tipos legais de crime sobre esta matéria, para casos de utilização de dados de forma incompatível com a finalidade da recolha (artigo 46.º), acesso indevido a dados pessoais (artigo 47.º) e violação do dever de sigilo (artigo 51.º).

Fora do contexto da prestação de cuidados de saúde, o acesso à informação de saúde só deve ser garantido ao próprio utente, ou a terceiros que tenham sido autorizados a aceder à referida informação, previamente e de forma expressa, pelo titular da informação em causa, ou se tal se revelar necessário à realização de um interesse direto, pessoal, legítimo e constitucionalmente protegido que fundamente o acesso.

De tudo o que se acaba de expor, resulta o seguinte:

a) A informação de saúde abrange **todo o tipo de informação** direta ou indiretamente ligada à saúde, presente ou futura, de uma pessoa, quer se encontre com vida ou tenha falecido, bem como a sua história clínica e familiar;

b) A informação de saúde **é propriedade da pessoa**; as unidades de saúde são seus meros depositários;

c) A informação de saúde não pode ser utilizada para fins que não os da prestação de cuidados, a investigação em saúde e outros estabelecidos pela lei;

d) O utente é titular do **direito de acesso** aos dados pessoais recolhidos e pode exigir a retificação e/ou a inclusão de informações adicionais;

e) O utente tem **direito ao sigilo** sobre os seus dados pessoais, abrangendo:

- o direito a impedir o acesso de terceiros a informações sobre a sua saúde;

- o direito a que ninguém divulgue as informações que tenha sobre a sua saúde;

- o direito a que os seus dados pessoais não sejam utilizados para fins diversos daqueles para os quais foram obtidos;

f) Os profissionais de saúde estão obrigados ao **dever de sigilo** relativamente aos factos de que tenham conhecimento no exercício das suas funções, salvo lei que disponha em contrário ou decisão judicial que imponha a sua revelação.

Considerando a importância desta matéria, importa regressar ao RGPD e analisar as suas regras essenciais, sobretudo quanto à garantia de proteção de dados, privacidade, reserva e segredo profissional.

Assim, nos termos do seu artigo 1.º, o RGPD estabelece as regras relativas à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais[151] e à livre circulação desses dados,

[151] A este propósito, cfr. o Alerta de Supervisão n.º 1/2019, de 13 de dezembro, da ERS, sobre tratamento de dados pessoais necessários à prestação de cuidados de saúde.

defendendo os direitos e as liberdades fundamentais de tais pessoas, nomeadamente o seu direito à proteção dos dados pessoais. Nos termos do n.º 1 do artigo 2.º, o RGPD aplica-se ao tratamento de dados pessoais por meios total ou parcialmente automatizados, bem como ao tratamento por meios não automatizados de dados pessoais contidos em ficheiros ou a eles destinados.

No artigo 4.º do RGPD, são estabelecidas várias definições, importando destacar as seguintes:

- "Dados pessoais": informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável ("titular dos dados"); é considerada identificável uma pessoa singular que possa ser identificada, direta ou indiretamente, em especial por referência a um identificador, como por exemplo um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrónica ou a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, económica, cultural ou social dessa pessoa singular;

- "Tratamento": uma operação ou um conjunto de operações efetuadas sobre dados pessoais ou sobre conjuntos de dados pessoais, por meios automatizados ou não automatizados, tais como a recolha, o registo, a organização, a estruturação, a conservação, a adaptação ou alteração, a recuperação, a consulta, a utilização, a divulgação por transmissão, difusão ou qualquer outra forma de disponibilização, a comparação ou interconexão, a limitação, o apagamento ou a destruição;

- "Definição de perfis": qualquer forma de tratamento automatizado de dados pessoais que consista em utilizar esses dados pessoais para avaliar certos aspetos pessoais de uma pessoa singular, nomeadamente para analisar ou prever aspetos relacionados com o seu desempenho profissional, a sua situação económica, saúde, preferências pessoais, interesses, fiabilidade, comportamento, localização ou deslocações;

- "Ficheiro": qualquer conjunto estruturado de dados pessoais, acessível segundo critérios específicos, quer seja centralizado, descentralizado ou repartido de modo funcional ou geográfico;

- "Responsável pelo tratamento": pessoa singular ou coletiva, autoridade pública, agência ou outro organismo que, individualmente ou em conjunto com outras, determina as finalidades e os meios de tratamento de dados pessoais; sempre que as finalidades e os meios desse tratamento sejam determinados pelo direito da União Europeia ou de um EM, o responsável pelo tratamento ou os critérios específicos aplicáveis à sua nomeação podem ser previstos pelo direito da União Europeia ou de um EM;

- “Subcontratante”: uma pessoa singular ou coletiva, a autoridade pública, agência ou outro organismo que trate os dados pessoais por conta do responsável pelo tratamento destes;

- “Terceiro”: a pessoa singular ou coletiva, a autoridade pública, o serviço ou organismo que não seja o titular dos dados, o responsável pelo tratamento, o subcontratante e as pessoas que, sob a autoridade direta do responsável pelo tratamento ou do subcontratante, estão autorizadas a tratar os dados pessoais;

- “Consentimento” do titular dos dados: uma manifestação de vontade, livre, específica, informada e explícita, pela qual o titular aceita, mediante declaração ou ato positivo inequívoco, que os dados pessoais que lhe dizem respeito sejam objeto de tratamento;

- “Violação de dados pessoais”: violação da segurança que provoque, de modo acidental ou ilícito, a destruição, a perda, a alteração, a divulgação ou o acesso, não autorizados, a dados pessoais transmitidos, conservados ou sujeitos a qualquer outro tipo de tratamento;

- “Dados genéticos”: dados pessoais relativos às características genéticas, hereditárias ou adquiridas, de uma pessoa singular que deem informações únicas sobre a fisiologia ou a saúde dessa pessoa e que resultem designadamente de uma análise de uma amostra biológica proveniente da pessoa em causa;

- “Dados biométricos”: dados pessoais resultantes de um tratamento técnico específico relativo às características físicas, fisiológicas ou comportamentais de uma pessoa singular que permitam ou confirmem a identificação única dessa pessoa singular, nomeadamente imagens faciais ou dados dactiloscópicos;

- “Dados relativos à saúde”: dados pessoais relacionados com a saúde física ou mental de uma pessoa singular, incluindo a prestação de serviços de saúde, que revelem informações sobre o seu estado de saúde;

A este propósito, e com interesse para a atividade de prestação de cuidados de saúde, os parágrafos 34 e 35 do preâmbulo do RGPD densificam os conceitos de dados genéticos e dados pessoais relativos à saúde:

“*Os dados genéticos deverão ser definidos como os dados pessoais relativos às características genéticas, hereditárias ou adquiridas, de uma pessoa singular que resultem da análise de uma amostra biológica da pessoa singular em causa, nomeadamente da análise de cromossomas, ácido desoxirribonucleico (ADN) ou ácido ribonucleico (ARN), ou da análise de um outro elemento que permita obter informações equivalentes*.”;

"*Deverão ser considerados dados pessoais relativos à saúde todos os dados relativos ao estado de saúde de um titular de dados que revelem informações sobre a sua saúde física ou mental no passado, no presente ou no futuro. O que precede inclui informações sobre a pessoa singular recolhidas durante a inscrição para a prestação de serviços de saúde, ou durante essa prestação, conforme referido na Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho (9), a essa pessoa singular; qualquer número, símbolo ou sinal particular atribuído a uma pessoa singular para a identificar de forma inequívoca para fins de cuidados de saúde; as informações obtidas a partir de análises ou exames de uma parte do corpo ou de uma substância corporal, incluindo a partir de dados genéticos e amostras biológicas; e quaisquer informações sobre, por exemplo, uma doença, deficiência, um risco de doença, historial clínico, tratamento clínico ou estado fisiológico ou biomédico do titular de dados, independentemente da sua fonte, por exemplo, um médico ou outro profissional de saúde, um hospital, um dispositivo médico ou um teste de diagnóstico in vitro*."

O artigo 5.º do Regulamento enuncia os princípios que devem ser respeitados pelo responsável pelo tratamento de dados pessoais, o qual terá de poder comprovar, a qualquer momento, o cumprimento dos mesmos:

a) Princípio da licitude, lealdade e transparência: os dados pessoais devem ser objeto de um tratamento lícito, leal e transparente em relação ao titular dos dados;

b) Princípio da limitação das finalidades: os dados pessoais são recolhidos para finalidades determinadas, explícitas e legítimas, não podendo ser tratados posteriormente de uma forma incompatível com essas finalidades; o tratamento posterior para fins de arquivo de interesse público, ou para fins de investigação científica ou histórica ou para fins estatísticos, não é considerado incompatível com as finalidades iniciais, em conformidade com o n.º 1 do artigo 89.º do RGPD;

c) Princípio da minimização dos dados: os dados pessoais devem ser adequados, pertinentes e limitados ao que é necessário relativamente às finalidades para as quais são tratados;

d) Princípio da exatidão: os dados pessoais devem ser exatos e atualizados sempre que necessário; devem ser adotadas todas as medidas adequadas para que os dados inexatos, tendo em conta as finalidades para que são tratados, sejam apagados ou retificados sem demora;

e) Princípio da limitação da conservação: os dados pessoais devem ser conservados de uma forma que permita a identificação dos titulares dos dados apenas durante o período necessário para as finalidades para as quais são tratados; os dados pessoais podem ser

conservados durante períodos mais longos, desde que sejam tratados exclusivamente para fins de arquivo de interesse público, ou para fins de investigação científica ou histórica ou para fins estatísticos, em conformidade com o n.º 1 do artigo 89.º, sujeitos à aplicação das medidas técnicas e organizativas adequadas exigidas pelo RGPD, a fim de salvaguardar os direitos e liberdades do titular dos dados;

f) Princípio da integridade e confidencialidade: os dados pessoais devem ser tratados de uma forma que garanta a sua segurança, incluindo a proteção contra o seu tratamento não autorizado ou ilícito e contra a sua perda, destruição ou danificação acidental, adotando as medidas técnicas ou organizativas adequadas;

Nos termos do artigo 6.º do Regulamento, o tratamento de dados pessoais só é lícito se e na medida em que se verifique, pelo menos, uma das seguintes situações:

"*a) O titular dos dados tiver dado o seu consentimento para o tratamento dos seus dados pessoais para uma ou mais finalidades específicas;*

b) O tratamento for necessário para a execução de um contrato no qual o titular dos dados é parte, ou para diligências pré-contratuais a pedido do titular dos dados;

c) O tratamento for necessário para o cumprimento de uma obrigação jurídica a que o responsável pelo tratamento esteja sujeito;

d) O tratamento for necessário para a defesa de interesses vitais do titular dos dados ou de outra pessoa singular;

e) O tratamento for necessário ao exercício de funções de interesse público ou ao exercício da autoridade pública de que está investido o responsável pelo tratamento;

f) O tratamento for necessário para efeito dos interesses legítimos prosseguidos pelo responsável pelo tratamento ou por terceiros, exceto se prevalecerem os interesses ou direitos e liberdades fundamentais do titular que exijam a proteção dos dados pessoais, em especial se o titular for uma criança.".

No que diz respeito ao consentimento do titular dos dados, os artigos 7.º e 8.º contemplam as regras que devem ser observadas, delas se destacando as seguintes:

(i) Quando o tratamento for realizado com base no consentimento, o responsável pelo tratamento deve poder demonstrar que o titular dos dados deu o seu consentimento para o tratamento dos seus dados pessoais;

(ii) O titular dos dados tem o direito de retirar o seu consentimento a qualquer momento; a retirada do consentimento não compromete a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado, sendo certo que antes de dar o seu consentimento, o titular dos dados é informado desse facto.

(iii) Quando for aplicável a alínea a) do n.º 1 do artigo 6.º do RGPD, no que respeita à oferta direta de serviços da sociedade da informação a crianças, o tratamento de dados pessoais será lícito se elas tiverem pelo menos 16 anos. Caso a criança tenha uma idade inferior, o tratamento só é lícito se e na medida em que o consentimento seja dado ou autorizado pelos titulares das responsabilidades parentais da mesma.

O artigo 9.º do Regulamento contempla várias regras específicas no que diz respeito ao tratamento de categorias especiais de dados pessoais, onde se incluem os dados de saúde. Assim, nos termos do n.º 1 desse artigo, "*É proibido o tratamento de dados pessoais que revelem a origem racial ou étnica, as opiniões políticas, as convicções religiosas ou filosóficas, ou a filiação sindical, bem como o tratamento de dados genéticos, dados biométricos para identificar uma pessoa de forma inequívoca, dados relativos à saúde ou dados relativos à vida sexual ou orientação sexual de uma pessoa*.".

O tratamento daqueles dados só será permitido se se verificar alguma das condições descritas no n.º 2 do mesmo artigo 9.º, delas se destacando as seguintes:

(i) Alínea a): Se o titular dos dados tiver dado o seu consentimento explícito para o tratamento desses dados pessoais para uma ou mais finalidades específicas, exceto se o direito da União Europeia ou de um EM previr que a proibição a que se refere o n.º 1 do artigo 9.º não pode ser anulada pelo titular dos dados;

(ii) Alínea c): Se o tratamento for necessário para proteger os interesses vitais do titular dos dados ou de outra pessoa singular, no caso do titular dos dados estar física ou legalmente incapacitado de dar o seu consentimento;

(iii) Alínea g): Se o tratamento for necessário por motivos de interesse público importante, com base no direito da União Europeia ou de um EM, que deve ser proporcional ao objetivo visado, respeitar a essência do direito à proteção dos dados pessoais e prever medidas adequadas e específicas que salvaguardem os direitos fundamentais e os interesses do titular dos dados;

(iv) Alínea h): Se o tratamento for necessário para efeitos de medicina preventiva ou do trabalho, para a avaliação da capacidade de trabalho do empregado, o diagnóstico médico, a prestação de cuidados ou tratamentos de saúde ou de ação social ou a gestão de sistemas e

serviços de saúde ou de ação social com base no direito da União ou dos EM ou por força de um contrato com um profissional de saúde, sob reserva das condições e garantias previstas no n.º 3;

(v) Alínea i) Se o tratamento for necessário por motivos de interesse público no domínio da saúde pública, tais como a proteção contra ameaças transfronteiriças graves para a saúde ou para assegurar um elevado nível de qualidade e de segurança dos cuidados de saúde e dos medicamentos ou dispositivos médicos, com base no direito da União ou dos EM que preveja medidas adequadas e específicas que salvaguardem os direitos e liberdades do titular dos dados, em particular o sigilo profissional;

(vi) Alínea j): Se o tratamento for necessário para fins de arquivo de interesse público, para fins de investigação científica ou histórica ou para fins estatísticos, em conformidade com o artigo 89.º, n.º 1, com base no direito da União ou de um EM, que deve ser proporcional ao objetivo visado, respeitar a essência do direito à proteção dos dados pessoais e prever medidas adequadas e específicas para a defesa dos direitos fundamentais e dos interesses do titular dos dados.".

Nos termos do n.º 3 do artigo 9, "*Os dados pessoais referidos no n.º1 podem ser tratados para os fins referidos no n.º 2, alínea h), se os dados forem tratados por ou sob a responsabilidade de um profissional sujeito à obrigação de sigilo profissional, nos termos do direito da União ou dos Estados-Membros ou de regulamentação estabelecida pelas autoridades nacionais competentes, ou por outra pessoa igualmente sujeita a uma obrigação de confidencialidade ao abrigo do direito da União ou dos Estados-Membros ou de regulamentação estabelecida pelas autoridades nacionais competentes*.".

No capítulo III do Regulamento são descritos os direitos dos titulares dos dados pessoais sujeitos a tratamento, matéria relevante para a concretização do direito de acesso e de proteção de dados pessoais:

(i) Direito à transparência (artigo 12.º): o responsável pelo tratamento dos dados deve tomar as medidas adequadas para fornecer ao titular as informações e comunicações a que se refere o RGPD, de forma concisa, transparente, inteligível e de fácil acesso, utilizando uma linguagem clara e simples, em especial quando as informações são dirigidas especificamente a crianças, nos prazos e através dos meios previstos neste diploma.

(ii) Direito à informação (artigos 13.º e 14.º): quando os dados pessoais forem recolhidos junto do titular, o responsável pelo tratamento faculta-lhe, aquando da recolha desses dados pessoais, as seguintes informações:

• A identidade e os contactos do responsável pelo tratamento e, se for caso disso, do seu representante;

• Os contactos do encarregado da proteção de dados, se for caso disso;

• As finalidades do tratamento a que os dados pessoais se destinam, bem como o fundamento jurídico para o tratamento;

• Se o tratamento dos dados se basear na alínea f) do n.º 1 do artigo 6.º do RGPD, os interesses legítimos do responsável pelo tratamento ou de um terceiro;

• Os destinatários ou categorias de destinatários dos dados pessoais, se os houver;

• Se for caso disso, o facto de o responsável pelo tratamento tencionar transferir dados pessoais para um país terceiro ou uma organização internacional;

• Prazo de conservação dos dados pessoais ou, se não for possível, os critérios usados para definir esse prazo;

• A existência do direito de solicitar ao responsável pelo tratamento acesso aos dados pessoais que lhe digam respeito, bem como a sua retificação ou o seu apagamento, e a limitação do tratamento no que disser respeito ao titular dos dados, ou do direito de se opor ao tratamento, bem como do direito à portabilidade dos dados;

• Se o tratamento dos dados se basear na alínea a) do n.º 1 do artigo 6.º, ou na alínea a) do n.º 2 do artigo 9.º do RGPD, a existência do direito de retirar consentimento em qualquer altura, sem comprometer a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado;

• O direito de apresentar reclamação a uma autoridade de controlo;

• Se a comunicação de dados pessoais constitui ou não uma obrigação legal ou contratual, ou um requisito necessário para celebrar um contrato, bem como se o titular está obrigado a fornecer os dados pessoais e as eventuais consequências de não fornecer esses dados;

• A existência de decisões automatizadas, incluindo a definição de perfis, referida nos n.^{os} 1 e 4 do artigo 22.º e, pelo menos nesses casos, informações úteis relativas à lógica subjacente, bem como a importância e as consequências previstas de tal tratamento para o titular dos dados.

• Alteração nas finalidades do tratamento;

Quando os dados pessoais não forem recolhidos junto do titular, o responsável pelo tratamento faculta-lhe, para além das informações referidas, as seguintes:

• As categorias dos dados pessoais em questão;

• A origem dos dados pessoais e, eventualmente, se provêm de fontes acessíveis ao público.

(iii) Direito de Acesso (artigo 15.º): o titular dos dados tem o direito de obter do responsável pelo tratamento a confirmação de que os dados pessoais que lhe digam respeito são ou não objeto de tratamento e, se for esse o caso, o direito de aceder aos seus dados pessoais e às seguintes informações:

a) As finalidades do tratamento dos dados;

b) As categorias dos dados pessoais em questão;

c) Os destinatários ou categorias de destinatários a quem os dados pessoais foram ou serão divulgados, nomeadamente os destinatários estabelecidos em países terceiros ou pertencentes a organizações internacionais;

d) Se for possível, o prazo previsto de conservação dos dados pessoais, ou, se não for possível, os critérios usados para fixar esse prazo;

e) A existência do direito de solicitar ao responsável pelo tratamento a retificação, o apagamento ou a limitação do tratamento dos dados pessoais no que diz respeito ao titular dos dados, ou do direito de se opor a esse tratamento;

f) O direito de apresentar reclamação a uma autoridade de controlo;

g) Se os dados não tiverem sido recolhidos junto do titular, as informações disponíveis sobre a origem desses dados;

h) A existência de decisões automatizadas, incluindo a definição de perfis, referida no artigo 22.º, n.º 1 e 4 do RGPD, e, pelo menos nesses casos, informações úteis relativas à lógica subjacente, bem como a importância e as consequências previstas de tal tratamento para o titular dos dados.

(iv) Direito de retificação (artigo 16.º): o titular tem o direito de obter, sem demora injustificada, do responsável pelo tratamento a retificação dos dados pessoais inexatos que lhe digam respeito. Tendo em conta as finalidades do tratamento, o titular dos dados tem direito a que os seus dados pessoais incompletos sejam completados, incluindo por meio de uma declaração adicional.

(v) Direito ao apagamento dos dados ou "direito a ser esquecido" (artigo 17.º): o titular tem o direito de obter do responsável pelo tratamento o apagamento dos seus dados pessoais, sem demora injustificada, e este tem a obrigação de apagar os dados pessoais, sem demora injustificada, quando se aplique um dos seguintes motivos:

a) Os dados pessoais deixaram de ser necessários para a finalidade que motivou a sua recolha ou tratamento;

b) O titular retira o consentimento em que se baseia o tratamento dos dados nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 6.ºou da alínea a) do n.º 2 do artigo 9.º e se não existir outro fundamento jurídico para o referido tratamento;

c) O titular opõe-se ao tratamento nos termos do n.º 1 do artigo 21.º, e não existem interesses legítimos prevalecentes que justifiquem o tratamento, ou o titular opõe-se ao tratamento nos termos do n.º 2 do artigo 21.º;

d) Os dados pessoais foram tratados ilicitamente;

e) Os dados pessoais têm de ser apagados para o cumprimento de uma obrigação jurídica decorrente do direito da União ou de um EM a que o responsável pelo tratamento esteja sujeito;

f) Os dados pessoais foram recolhidos no contexto da oferta de serviços da sociedade da informação referida no n.º 1 do artigo 8.º.

Porém, nos termos das alíneas c) e e) do n.º 3 do artigo 17.º, este direito ao apagamento não se aplica, na medida em que o tratamento dos dados se revele necessário "*Por motivos de interesse público no domínio da saúde pública, nos termos do artigo 9.º, n.º 2, alíneas h) e i), bem como do artigo 9.º, n.º 3*;" ou "*Para efeitos de declaração, exercício ou defesa de um direito num processo judicial*.".

(vi) Direito à limitação do tratamento (artigo 18.º): o titular dos dados tem o direito de obter do responsável pelo tratamento a limitação do tratamento, se se aplicar uma das seguintes situações:

a) Contestar a exatidão dos dados pessoais, durante um período que permita ao responsável pelo tratamento verificar a sua exatidão;

b) O tratamento for ilícito e o titular dos dados se opuser ao apagamento dos dados pessoais e solicitar, em contrapartida, a limitação da sua utilização;

c) O responsável pelo tratamento já não precisar dos dados pessoais para fins de tratamento, mas esses dados sejam requeridos pelo titular para efeitos de declaração, exercício ou defesa de um direito num processo judicial;

d) Se tiver oposto ao tratamento nos termos do n.º 1 do artigo 21.º, até se verificar que os motivos legítimos do responsável pelo tratamento prevalecem sobre os do titular dos dados.

(vii) Direito à notificação (artigo 19.º): o responsável pelo tratamento comunica a cada destinatário a quem os dados pessoais tenham sido transmitidos qualquer retificação ou apagamento dos dados pessoais ou limitação do tratamento a que se tenha procedido em conformidade com o artigo 16.º, o n.º 1 do artigo 17.º e o artigo 18.º do RGPD, salvo se tal comunicação se revelar impossível ou implicar um esforço desproporcionado. Se o titular dos dados o solicitar, o responsável pelo tratamento fornece-lhe informações sobre os referidos destinatários.

(viii) Direito de portabilidade (artigo 20.º): o titular dos dados tem o direito de receber os dados pessoais que lhe digam respeito e que tenha fornecido a um responsável pelo tratamento, num formato estruturado, de uso corrente e de leitura automática, e o direito de transmitir esses dados a outro responsável pelo tratamento sem que o responsável a quem os dados pessoais foram fornecidos o possa impedir, se:

a) O tratamento se basear no consentimento dado nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 6.º, ou da alínea a) do n.º 2 do artigo 9.º, ou num contrato referido na alínea b) do n.º 1 do artigo 6.º; e

b) O tratamento for realizado por meios automatizados.

(ix) Direito de oposição (artigo 21.º): o titular dos dados tem o direito de se opor a qualquer momento, por motivos relacionados com a sua situação particular, ao tratamento dos dados pessoais que lhe digam respeito com base nas alíneas e) ou f) do n.º 1 do artigo 6.º ou no n.º 4 do artigo 6.º, incluindo a definição de perfis com base nessas disposições.

O responsável cessa o tratamento dos dados pessoais, a não ser que apresente razões imperiosas e legítimas para esse tratamento que prevaleçam sobre os interesses, direitos e liberdades do titular dos dados, ou para efeitos de declaração, exercício ou defesa de um direito num processo judicial.

(x) Direito de não sujeição a decisões administrativas (artigo 22.º): o titular dos dados tem o direito de não ficar sujeito a nenhuma decisão tomada exclusivamente com base no tratamento automatizado, incluindo a definição de perfis, que produza efeitos na sua esfera jurídica ou que o afete significativamente de forma similar, a não ser que a decisão:

a) Seja necessária para a celebração ou a execução de um contrato entre o titular dos dados e um responsável pelo tratamento;

b) Seja autorizada pelo direito da União ou do Estado-Membro a que o responsável pelo tratamento estiver sujeito, e na qual estejam igualmente previstas medidas adequadas para salvaguardar os direitos e liberdades e os legítimos interesses do titular dos dados; ou

c) Seja baseada no consentimento explícito do titular dos dados.

(xi) Direito de apresentar reclamação a uma autoridade de controlo (artigo 77.º): sem prejuízo de qualquer outra via de recurso administrativo ou judicial, todos os titulares de dados têm direito a apresentar reclamação a uma autoridade de controlo, em especial no EM da sua residência habitual, do seu local de trabalho ou do local onde foi alegadamente praticada a infração, se o titular dos dados considerar que o tratamento dos dados pessoais que lhe diga respeito viola o RGP – no caso português, a autoridade de controlo é a CNPD.

(xii) Direito à ação judicial contra uma autoridade de controlo (artigo 78.º): sem prejuízo de qualquer outra via de recurso administrativo ou extrajudicial, todas as pessoas singulares ou coletivas têm direito à ação judicial contra as decisões juridicamente vinculativas das autoridades de controlo que lhes digam respeito.

Em especial, os titulares dos dados têm direito à ação judicial se a autoridade de controlo competente não tratar a reclamação ou não informar o titular dos dados, no prazo de três meses, sobre o andamento ou o resultado da reclamação que tenha apresentado nos termos do artigo 77.º

(xiii) Direito à ação judicial contra um responsável pelo tratamento ou um subcontratante (artigo 79.º): sem prejuízo de qualquer outra via de recurso administrativo ou extrajudicial, todos os titulares de dados têm direito à ação judicial se considerarem ter havido violação dos direitos que lhes assistem, nos termos do RGPD, na sequência do tratamento dos seus dados pessoais efetuado em violação do referido regulamento.

(xiv) Direito de indemnização e responsabilidade (artigo 82.º): qualquer pessoa que tenha sofrido danos materiais ou imateriais devido a uma violação do regulamento, tem direito a receber uma indemnização do responsável pelo tratamento ou do subcontratante pelos danos sofridos.

A 8 de agosto, foi publicada a Lei n.º 58/2019, que assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do RGPD, aplicando-se aos tratamentos de dados pessoais realizados no território nacional, independentemente da natureza pública ou privada do responsável pelo tratamento ou do subcontratante, mesmo que o tratamento de dados pessoais seja efetuado em cumprimento de

obrigações legais ou no âmbito da prossecução de missões de interesse público, aplicando-se todas as exclusões previstas no artigo 2.º do RGPD.

O artigo 29.º da Lei n.º 58/2019 é dedicado especificamente ao tratamento de dados de saúde e dados genéticos, afirmando-se, no n.º 1, que "*Nos tratamentos de dados de saúde e de dados genéticos, o acesso a dados pessoais rege-se pelo princípio da necessidade de conhecer a informação.*" E, no n.º 2, que "*Nos casos previstos nas alíneas h) e i) do n.º 2 do artigo 9.º do RGPD, o tratamento dos dados previstos no n.º 1 do mesmo artigo deve ser efetuado por um profissional obrigado a sigilo ou por outra pessoa sujeita a dever de confidencialidade, devendo ser garantidas medidas adequadas de segurança da informação.*"

De referir que, nos termos do n.º 4 do artigo 29.º da Lei n.º 58/2019, os titulares de órgãos, trabalhadores e prestadores de serviços do responsável pelo tratamento de dados de saúde e de dados genéticos, o encarregado de proteção de dados, os estudantes e investigadores na área da saúde e da genética e todos os profissionais de saúde que tenham acesso a dados relativos à saúde estão obrigados a um dever de sigilo. Este dever de sigilo é também aplicável a todos os titulares de órgãos e trabalhadores que, no contexto do acompanhamento, financiamento ou fiscalização da atividade de prestação de cuidados de saúde, tenham acesso a dados relativos à saúde.

Seguindo as regras já previstas no RGPD, o n.º 6 do artigo 29.º da Lei n.º 58/2019 afirma que o titular dos dados deve ser notificado de qualquer acesso realizado aos seus dados pessoais, cabendo ao responsável pelo tratamento assegurar a disponibilização desse mecanismo de rastreabilidade e notificação. Acrescente-se que, nos termos do n.º 2 da Base 15 da LBS, "*A circulação da informação de saúde deve ser assegurada com respeito pela segurança e proteção dos dados pessoais e da informação de saúde, pela interoperabilidade e interconexão dos sistemas dentro do SNS e pelo princípio da intervenção mínima.*".

6. Direito à assistência espiritual e religiosa

Os utentes dos serviços de saúde têm o direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas. A CRP estabelece, no seu artigo 41.º, que a liberdade de consciência, de religião e de culto é inviolável, que ninguém pode ser privado de direitos por causa das suas convicções ou prática religiosa e que ninguém pode ser perguntado por qualquer autoridade acerca das suas convicções ou prática religiosa, nem sequer prejudicado por se recusar a responder.

Também a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia institui, no n.º 1 do artigo 10.º, que todas as pessoas têm direito à liberdade de pensamento, de consciência e de religião. Este direito

implica a liberdade de mudar de religião ou de convicção, bem como a liberdade de manifestar a sua religião ou a sua convicção, individual ou coletivamente, em público ou em privado, através do culto, do ensino, de práticas e da celebração de ritos.

A liberdade de consciência, de religião e de culto é concretizada na Lei de Liberdade Religiosa (Lei n.º 16/2001, de 22 de junho), enquanto valor fundamental e inviolável. Nos termos do artigo 2.º da referida Lei, ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, perseguido, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever por causa das suas convicções ou prática religiosa, e o Estado não discriminará nenhuma igreja ou comunidade religiosa relativamente às outras.

Nos termos dos artigos 8.º e 10.º da Lei de Liberdade Religiosa, a liberdade de consciência, de religião e de culto compreende, entre outros, o direito de praticar ou não praticar os atos do culto, particular ou público, próprios da religião professada; professar a própria crença religiosa, procurar para ela novos crentes, exprimir e divulgar livremente, pela palavra, pela imagem ou por qualquer outro meio, o seu pensamento em matéria religiosa; informar e se informar sobre religião, aprender e ensinar religião; reunir-se, manifestar-se e associar-se com outros de acordo com as próprias convicções em matéria religiosa; agir ou não agir em conformidade com as normas da religião professada, no respeito pelos direitos humanos e pela lei; aderir à igreja ou comunidade religiosa que escolher, participar na vida interna e nos ritos religiosos praticados em comum e receber a assistência religiosa que pedir.

Nos termos do n.º 1 do artigo 13.º da Lei de Liberdade Religiosa, sob a epígrafe "*Assistência religiosa em situações especiais*", o internamento em hospitais, asilos, colégios, institutos ou estabelecimentos de saúde, de assistência, de educação ou similares, não impedem o exercício da liberdade religiosa e, nomeadamente, do direito à assistência religiosa e à prática dos atos de culto. Por sua vez, refere-se nos n.os 2 e 3 do mesmo artigo que as restrições imprescindíveis por razões funcionais ou de segurança só podem ser impostas mediante audiência prévia, sempre que possível, do ministro do culto respetivo, sendo certo que o Estado, com respeito pelo princípio da separação e de acordo com o princípio da cooperação, deverá criar as condições adequadas ao exercício da assistência religiosa nas instituições públicas.

A liberdade de religião e de culto é reconhecida no âmbito da prestação de cuidados de saúde, pela alínea h) do n.º 1 da Base 2 da LBS, que estabelece o direito de todas as pessoas a receber assistência religiosa e espiritual.

Por sua vez, a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, dispõe no seu artigo 8.º, sob a epígrafe "*Assistência espiritual e religiosa*", que o utente dos serviços de saúde tem direito à assistência religiosa, independentemente da religião que professe e que às igrejas ou comunidades religiosas,

legalmente reconhecidas, são asseguradas condições que permitam o livre exercício da assistência espiritual e religiosa aos utentes internados em estabelecimentos de saúde do SNS, que a solicitem.

Para concretização de toda esta matéria, foi publicado o Decreto-Lei n.º 253/2009, de 23 de setembro, que veio determinar como deve ser assegurado o respeito pelo direito dos doentes ao acompanhamento espiritual e religioso, qualquer que seja o seu credo ou opção espiritual contribuindo, assim, para a humanização e qualidade dos cuidados de saúde prestados.

O referido diploma legal, ao aprovar o Regulamento da Assistência Espiritual e Religiosa no Serviço Nacional de Saúde (RAER), veio estabelecer a regulamentação da assistência espiritual e religiosa nos hospitais e outros estabelecimentos do SNS, concretizando o disposto no artigo 18.º da Concordata de 18 de maio de 2004, celebrada entre a Santa Sé e a República Portuguesa, e, quanto às demais confissões religiosas, o artigo 13.º da Lei da Liberdade Religiosa, que contempla a assistência religiosa em situações especiais - internamento em hospitais, asilos, colégios, institutos ou estabelecimentos de saúde.

Nesse seguimento, e de acordo com o disposto nos artigos 3.º, 4.º e 5.º do RAER, sempre que um utente internado numa instituição ou serviço do SNS o solicite de forma expressa (ou os seus familiares ou outros cuja proximidade ao utente seja significativa, quando este não a possa solicitar e se presuma ser essa a sua vontade), preferencialmente no momento da admissão, devem-lhe ser asseguradas as condições de livre exercício da assistência espiritual e religiosa, independentemente da sua confissão.

Sob a epígrafe "*Direitos dos utentes*", o artigo 12.º do RAER reconhece ao utente, independentemente da sua confissão, o direito a:

a) Aceder ao serviço de assistência espiritual e religiosa;

b) Ser informado por escrito, no momento da admissão na unidade ou posteriormente, dos direitos relativos à assistência durante o internamento, incluindo o conteúdo do regulamento interno sobre a assistência;

c) Rejeitar a assistência não solicitada;

d) Ser assistido em tempo razoável;

e) Ser assistido com prioridade em caso de iminência de morte;

f) Praticar atos de culto espiritual e religioso;

g) Participar em reuniões privadas com o assistente;

h) Manter em seu poder publicações de conteúdo espiritual e religioso e objetos pessoais de culto espiritual e religioso, desde que não comprometam a funcionalidade do espaço de internamento, a ordem hospitalar, o bem-estar e o repouso dos demais utentes;

i) Ver respeitadas as suas convicções religiosas;

j) Optar por uma alimentação que respeite as suas convicções espirituais e religiosas, ainda que tenha que ser providenciada pelo utente.

Às igrejas ou comunidades religiosas legalmente reconhecidas são asseguradas condições que permitam o livre exercício da assistência espiritual e religiosa aos utentes internados em estabelecimentos de saúde do SNS, que a solicitem, nos termos da Lei (cfr. n.º 1 do artigo 3.º do RAER).

Por fim, importa referir que, embora este regulamento se aplique apenas aos estabelecimentos do SNS, as considerações acima efetuadas sobre o direito em análise devem ser igualmente respeitadas nos estabelecimentos de saúde dos setores privado, cooperativo e social, os quais se encontram ademais abrangidos pela CRP, pela Lei de Liberdade Religiosa e pelo disposto na alínea h) do n.º 1 da Base 2 da LBS.

7. Direito ao acompanhamento

Considerando a especial vulnerabilidade dos utentes quando se encontram em unidades de saúde, o legislador reconheceu a necessidade de garantir o direito ao acompanhamento, para conferir algum auxílio e conforto ao utente nestas circunstâncias, garantindo a presença de terceiros ao seu lado, que lhe asseguram o apoio e bem-estar necessários, em situações potencialmente geradoras de angústia e ansiedade.

A LBS, na alínea h) do n.º 1 da Base 2, reconhece o direito de todas as pessoas a "*ser acompanhadas por familiar ou outra pessoa por si escolhida*", direito, este, que se encontra densificado na Lei n.º 15/2014, a qual passou a apresentar, de forma clara e integrada, as regras gerais de acompanhamento do utente dos serviços de saúde, bem como as regras específicas de acompanhamento da mulher grávida durante o parto[152] e do acompanhamento em internamento hospitalar.

[152] Cfr. Alerta de Supervisão n.º 11/2020, de 3 de julho, da ERS, sobre gravidez e parto em contexto de epidemia SARS-CoV-2 e de infeção epidemiológica por COVID-19", e que atualiza o Alerta de Supervisão n.º 8/2020, de 17 de abril, da ERS. *Vide*, ainda, o Alerta de Supervisão n.º 2/2021, de 5 de março, da ERS, sobre

Assim, e no que respeita aos serviços do SNS, o n.º 1 do artigo 12.º da Lei n.º 15/2014 afirma o seguinte:

> *"a) É reconhecido e garantido a todos o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão do serviço;*
>
> *b) No caso da mulher grávida, é garantido o acompanhamento até três pessoas por si indicadas, em sistema de alternância, não podendo permanecer em simultâneo mais do que uma pessoa junto da utente.*"

No que respeita a qualquer estabelecimento de saúde (dos setores público, privado, cooperativo ou social), nos termos dos n.os 2 a 5 do artigo 12.º da Lei n.º 15/2014:

> "*2 - É reconhecido à mulher grávida internada em estabelecimento de saúde o direito de acompanhamento, durante todas as fases do trabalho de parto, por qualquer pessoa por si escolhida.*
>
> *3 - É reconhecido à mulher grávida, ao pai, a outra mãe ou a pessoa de referência o direito a participar na assistência na gravidez.*
>
> *4 - É reconhecido à mulher grávida o direito ao acompanhamento na assistência na gravidez, por qualquer pessoa por si escolhida, podendo prescindir desse direito a qualquer momento, incluindo durante o trabalho de parto.*
>
> *5 - É reconhecido o direito de acompanhamento familiar a crianças internadas em estabelecimento de saúde, bem como a pessoas com deficiência, a pessoas em situação de dependência e a pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida.*"

Nos casos em que a situação clínica não permita ao utente escolher livremente o acompanhante, os serviços devem promover o direito ao acompanhamento, podendo para esse efeito solicitar a demonstração do parentesco ou da relação com o utente invocados pelo acompanhante, sendo certo que a natureza do parentesco ou dessa relação não pode ser invocada para impedir o acompanhamento (cfr. artigo 13.º, n.º 1 e n.º 2).

---

exercício do direito ao acompanhamento durante o parto, no âmbito da situação de pandemia SARS-CoV-2 e de infeção epidemiológica por COVID-19, e o Alerta de Supervisão n.º 2/2023, de 23 de outubro, relativo ao fim da vigência da Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 18/2020, de 30 de março, sobre gravidez e parto no âmbito da resposta à epidemia por SARS-CoV-2 e à doença COVID-19.

Nos casos em que a pessoa internada não estiver acompanhada, o estabelecimento de saúde deve diligenciar para que lhe seja prestado o atendimento personalizado necessário e adequado à situação (cfr. artigo 13.º, n.º 3).

O artigo 14.º define os limites ao direito de acompanhamento, referindo o n.º 1 que *"Não é permitido acompanhar ou assistir a intervenções cirúrgicas e a outros exames ou tratamentos que, pela sua natureza, possam ver a sua eficácia e correção prejudicadas pela presença do acompanhante, exceto se para tal for dada autorização expressa pelo clínico responsável, sem prejuízo do disposto nos n.os 1 e 2 do artigo 17.º."*

O acompanhamento não pode comprometer as condições e os requisitos técnicos a que deve obedecer a prestação de cuidados de saúde, competindo ao profissional de saúde responsável por tal prestação informar e explicar ao acompanhante os motivos que impedem a continuidade do acompanhamento.

O acompanhante tem, assim, direito a ser informado adequadamente e em tempo razoável sobre a situação do doente, nas diferentes fases do atendimento, com as seguintes exceções: indicação expressa em contrário do doente e matéria reservada por segredo clínico (cfr. n.º 1 do artigo 15.º).

O acompanhante deve comportar-se com urbanidade e respeitar e acatar as instruções e indicações, devidamente fundamentadas, dos profissionais de serviço; no caso de violação do dever de urbanidade, desobediência ou desrespeito, os serviços podem impedir o acompanhante de permanecer junto do doente e determinar a sua saída do serviço, podendo ser, em sua substituição, indicado outro acompanhante (cfr n.os 2 e 3 do artigo 15.º).

No que diz respeito, concretamente, ao acompanhamento de grávidas e ao período específico do parto, o n.º 1 do artigo 16.º afirma que o direito ao acompanhamento pode ser exercido independentemente do período do dia ou da noite em que o trabalho de parto ocorrer. Nesse contexto, o acompanhante não será submetido aos regulamentos hospitalares de visitas nem aos seus condicionamentos, estando, designadamente, isento do pagamento da respetiva taxa (cfr. n.º 2).

A mulher grávida internada em serviço de saúde tem direito ao acompanhamento durante todas as fases do trabalho de parto, incluindo partos por fórceps, ventosas e cesarianas, por qualquer pessoa por si escolhida, exceto se razões clínicas ou a segurança da parturiente e da criança o desaconselharem (cfr. n.º 3 do artigo 16.º). No caso de se proceder a uma cesariana, o elemento da equipa designado para o acolhimento do acompanhante deve prestar informação prévia acerca das fases da cirurgia e dos procedimentos habituais que ocorrem no decurso da mesma, assim como dar indicação do momento em que pode entrar na sala, uma vez concluída a preparação da

parturiente e da sala, e do local em que deve posicionar-se durante a intervenção cirúrgica de modo a não colocar em causa a qualidade dos cuidados e a segurança da parturiente e da criança (cfr. n.º 4 do artigo 16.º).

O acompanhamento pode excecionalmente não se efetivar quando, em situações clínicas graves, for desaconselhável e expressamente determinado pelo médico obstetra e pode não ser exercido nas unidades cujas instalações não sejam consentâneas com a presença do acompanhante e com a garantia de privacidade invocada por outras parturientes (cfr. n.os 1 e 2 do artigo 17.º). Nesses casos, os interessados devem ser corretamente informados das respetivas razões pelo pessoal responsável.

Por determinação do médico obstetra, cessa a presença do acompanhante sempre que no decurso do parto, incluindo em cesarianas, surjam complicações inesperadas que justifiquem intervenções tendentes a preservar a segurança da mãe ou da criança (cfr. n.º 4 do artigo 17.º).

Os serviços de saúde devem assegurar ao acompanhante o direito de permanecer junto do recém-nascido, salvo se existirem razões clínicas que impeçam este acompanhamento, e devem assegurar à mulher grávida e à puérpera o direito a limitarem ou a prescindirem de visitas durante o internamento (cfr. n.os 6 e 7 do artigo 17.º).

A Lei n.º 15/2014 apresenta também algumas regras especificas no âmbito de acompanhamento de utentes em internamento hospitalar. Assim, e quanto ao acompanhamento familiar de criança internada, o n.º 1 do artigo 19.º reconhece que a criança com idade até aos 18 anos, internada em estabelecimento de saúde, tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe, ou de pessoa que os substitua, sendo certo que a criança com idade superior a 16 anos pode designar a pessoa acompanhante, ou mesmo prescindir dela.

O exercício do acompanhamento nestes casos é gratuito, não podendo o estabelecimento de saúde exigir qualquer retribuição, e o internado, ou seu representante legal, deve ser informado desse direito no ato de admissão (cfr. n.º 3 do artigo 19.º).

Nos casos em que a criança internada seja portadora de doença transmissível e em que o contacto com outros constitua um risco para a saúde pública, o direito ao acompanhamento pode cessar ou ser limitado, por indicação escrita do clínico responsável (cfr. n.º 4 do artigo 19.º).

Quanto ao acompanhamento familiar de pessoas com deficiência ou em situação de dependência[153], afirma-se no n.º 1 do artigo 20.º que "*As pessoas com deficiência ou em situação*

[153] A este propósito, a ERS emitiu o Alerta de Supervisão n.º 3/2024, de 9 de abril, sobre o direito ao acompanhamento de pessoas com deficiência, em situação de dependência, com doença incurável em estado avançado ou em estado final de vida.

de dependência, com doença incurável em estado avançado e as pessoas em estado final de vida, internadas em estabelecimento de saúde, têm direito ao acompanhamento permanente de ascendente, descendente, cônjuge ou equiparado e, na ausência ou impedimento destes ou por sua vontade, de pessoa por si designada.". Também para estes casos o exercício do acompanhamento é gratuito, sendo certo que, sempre que a pessoa internada for portadora de doença transmissível e em que o contacto com outros constitua um risco para a saúde pública, o direito ao acompanhamento pode cessar ou ser limitado, por indicação escrita do clínico responsável.

Em qualquer situação, o acompanhamento familiar permanente é exercido no período do dia ou da noite, com respeito pelas instruções e regras técnicas relativas aos cuidados de saúde aplicáveis e pelas demais normas estabelecidas no respetivo regulamento hospitalar, estando vedado ao acompanhante assistir a intervenções cirúrgicas a que a pessoa internada seja submetida, bem como a tratamentos em que a sua presença seja prejudicial para a correção e eficácia dos mesmos, exceto se para tal for dada autorização pelo clínico responsável (cfr. artigo 21.º).

Ainda no que respeita ao acompanhamento de menores ou maiores com deficiência, foi publicado o Despacho n.º 6668/2017, de 2 de agosto, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, que estabelece medidas e procedimentos necessários para garantir a segurança da criança ou jovem que seja submetida a intervenção cirúrgica, para que o pai ou a mãe, ou pessoa que os substitua, possa estar presente no bloco operatório até à indução da anestesia e na fase do recobro, e que assegura também que aos doentes maiores de idade com deficiência ou em situação de dependência, é garantido o mesmo tipo de tratamento que o prestado aos doentes menores de idade.

De acordo com o referido Despacho, quando a equipa de saúde de uma instituição hospitalar decida proceder a uma intervenção cirúrgica numa criança ou jovem, com idade inferior a 18 anos, o cirurgião e o anestesista responsáveis devem providenciar para que se reúnam as condições adequadas no sentido do pai ou da mãe, ou de pessoa que os substitua, esteja presente no momento da indução anestésica e durante o recobro cirúrgico (cfr. n.º 1).

Fatores como patologia grave da criança ou jovem ou outros que desaconselhem a presença no bloco operatório durante a indução anestésica ou no recobro, do pai ou da mãe ou de pessoa que os substitua, devem ser esclarecidos e convenientemente transmitidos antes do momento da cirurgia; sempre que não se verifique a existência de uma situação clínica grave, o pai ou a mãe, ou pessoa que os substitua, no exercício do consentimento informado, esclarecido e livre, pode estar presente no bloco operatório até à indução anestésica e na fase do recobro, desde que tenha expressado previamente a sua vontade nesse sentido (cfr. n.º 2 e 3).

Não obstante, a criança ou jovem com idade superior a 16 anos, pode, no exercício do consentimento informado, esclarecido e livre, indicar a pessoa acompanhante que pretende que esteja presente no bloco operatório até à indução anestésica e na fase de recobro (cfr. n.º 4).

Por determinação do cirurgião ou do anestesista, cessa a presença do pai ou da mãe ou da pessoa que o substitua sempre que, no decurso da indução anestésica ou no recobro, surjam complicações inesperadas que justifiquem intervenções tendentes a preservar a segurança da criança ou jovem (cfr. n.º 7).

Nos termos do n.º 8 do referido Despacho, as instituições hospitalares que realizem intervenções cirúrgicas a crianças e jovens devem assegurar as condições necessárias ao exercício do direito ao acompanhamento familiar da criança ou jovem nos termos referidos na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, e no dito despacho, sendo certo, repete-se, que todas as regras referidas são igualmente aplicáveis a pessoas maiores de idade com deficiência ou em situação de dependência, com as necessárias adaptações no que respeita à pessoa acompanhante.

Nos termos do artigo 22.º da Lei n.º 15/2014, os profissionais de saúde devem prestar ao acompanhante a conveniente informação e orientação para que este possa, se assim o entender, sob a supervisão daqueles, colaborar na prestação de cuidados à pessoa internada; e o acompanhante deve cumprir as instruções que lhes forem dadas pelos profissionais de saúde.

Por fim, atento o disposto no artigo 23.º, o acompanhante da pessoa internada, desde que esteja isento do pagamento de taxa moderadora no acesso às prestações de saúde no âmbito do SNS, tem direito a refeição gratuita no estabelecimento de saúde, se permanecer na instituição seis horas por dia, e sempre que verificada uma das seguintes condições:

a) A pessoa internada se encontre em perigo de vida;

b) A pessoa internada se encontre no período pós-operatório e até 48 horas depois da intervenção;

c) Quando a acompanhante seja mãe e esteja a amamentar a criança internada;

d) Quando a pessoa internada esteja isolada por razões de critério médico-cirúrgico;

e) Quando o acompanhante resida a uma distância superior a 30 km do local onde se situa o estabelecimento de saúde onde decorre o internamento.

Refira-se ainda que a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, consagra, no seu artigo 31.º, não só a obrigação de adaptação dos serviços de urgência do SNS ao direito de acompanhamento, de forma a permitir que o utente possa usufruir do direito de acompanhamento sem causar qualquer prejuízo

ao normal funcionamento daqueles serviços, mas, também, que o direito de acompanhamento nos serviços de urgência deve estar consagrado no regulamento da respetiva instituição de saúde, o qual deve definir com clareza e rigor as respetivas normas e condições de aplicação.

8. Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida

A Lei n.º 31/2018, de 18 de julho, veio estabelecer um conjunto de direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, consagrando, essencialmente, o direito ao não sofrimento – do direito a não sofrerem de forma mantida, disruptiva e desproporcionada.

Para efeitos da referida Lei, considera-se que uma pessoa se encontra em contexto de doença avançada e em fim de vida quando padeça de doença grave, que ameace a vida, em fase avançada, incurável e irreversível e que exista prognóstico vital estimado de 6 a 12 meses (cfr. artigo 2.º).

No que respeita aos direitos de informação e de tratamento, o n.º 1 do artigo 3.º afirma que as pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, desde que nisso tenham consentido depois de informadas pelos profissionais de saúde, têm direito a receber informação detalhada sobre os seguintes aspetos relativos ao seu estado de saúde:

a) A natureza da sua doença;

b) O prognóstico estimado;

c) Os diferentes cenários clínicos e tratamentos disponíveis.

Nos termos dos n.º 2 e 3 do artigo 3.º, as pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida têm também direito a participar ativamente no seu plano terapêutico, explicitando as medidas que desejam receber, mediante consentimento informado, podendo recusar tratamentos, sem prejuízo das competências dos profissionais de saúde, e têm ainda direito a receber tratamento rigoroso dos seus sintomas, e nos casos em que seja evidente um estado confusional agudo ou a agudização de um estado prévio, à contenção química dos mesmos através do uso dos fármacos apropriados para o efeito, mediante prescrição médica.

De referir, porém, que a contenção física com recurso a imobilização e restrição físicas reveste caráter excecional, não prolongado, e depende de prescrição médica e de decisão da equipa multidisciplinar que acompanha a pessoa doente (cfr. n.º 4 do artigo 3.º).

Atento o disposto no artigo 4.º, sob a epígrafe "*Obstinação terapêutica e diagnóstica*", as pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida têm direito a ser tratadas de acordo com os objetivos de cuidados definidos no seu plano de tratamento, previamente discutido e acordado, e a não ser alvo de distanásia, através de obstinação terapêutica e diagnóstica, designadamente, pela aplicação de medidas que prolonguem ou agravem de modo desproporcionado o seu sofrimento, em conformidade com o previsto nos códigos deontológicos da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros e nos termos de normas de orientação clínica aprovadas para o efeito.

No que concerne às regras sobre consentimento informado, o n.º 1 do artigo 5.º repete a regra geral vigente para todo e qualquer utente: "*As pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida têm direito a dar o seu consentimento, contemporâneo ou antecipado, para as intervenções clínicas de que sejam alvo, desde que previamente informadas e esclarecidas pelo médico responsável e pela equipa multidisciplinar que a acompanham.*".

As especificidades relativamente ao regime geral encontram-se previstas no n.º 2 do artigo 5.º: "*O consentimento previsto no número anterior deve ser prestado por escrito, no caso de intervenções de natureza mais invasiva ou que envolvam maior risco para o bem-estar dos doentes, sendo obrigatoriamente prestado por escrito e perante duas testemunhas quando estejam em causa intervenções que possam pôr em causa as suas vidas.*".

E, nos termos do n.º 3 do mesmo artigo 5.º, "*As pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, desde que devidamente informadas sobre as consequências previsíveis dessa opção pelo médico responsável e pela equipa multidisciplinar que as acompanham, têm direito a recusar, nos termos da lei, o suporte artificial das funções vitais e a recusar a prestação de tratamentos não proporcionais nem adequados ao seu estado clínico e tratamentos, de qualquer natureza, que não visem exclusivamente a diminuição do sofrimento e a manutenção do conforto do doente, ou que prolonguem ou agravem esse sofrimento.*".

Para além destas disposições, e ainda no que respeita ao consentimento informado, os artigos 10.º e 11.º contemplam as seguintes regras específica:

- Caso a pessoa o consinta, pode ser assistida pelos seus familiares ou cuidadores na tomada das decisões sobre o seu processo terapêutico;

- Quando a pessoa não esteja no pleno uso das suas faculdades mentais, e não se verificando a assistência de familiares ou cuidadores, é ao médico responsável e à equipa de saúde que as acompanham que compete tomar decisões clínicas, ouvida a família, no exclusivo e melhor interesse do doente e de acordo com a vontade conhecida do mesmo.

- Em caso de discordância insanável entre os doentes ou seus representantes legais e os profissionais de saúde quanto às medidas a aplicar, ou entre aqueles e as entidades prestadoras quanto aos cuidados de saúde prestados, é facultado aos doentes ou aos seus representantes legais o acesso aos conselhos de ética das entidades prestadoras de cuidados de saúde.

- Quando a assistência seja prestada no domicílio ou em entidade que não disponham de conselho de ética, é facultado aos doentes ou aos seus representantes legais o acesso aos órgãos competentes em matéria de ética da Ordem dos Médicos, da Ordem dos Enfermeiros e da Ordem dos Psicólogos.

O referido diploma prevê ainda o acesso a cuidados paliativos através do SNS, bem como um regime específico para a prestação desse tipo de cuidados em ambiente domiciliário (cfr. artigos 6.º e 7.º).

Para os casos de prognóstico vital breve, o artigo 8.º reconhece o direito das pessoas a receber sedação paliativa com fármacos sedativos devidamente titulados e ajustados exclusivamente ao propósito de tratamento do sofrimento, de acordo com os princípios da boa prática clínica e da *leges artis*, bem como o direito à monitorização clínica regular por parte de equipas de profissionais devidamente credenciados na prestação de cuidados paliativos e à recusa alimentar ou à prestação de determinados cuidados de higiene pessoal, respeitando, assim, o processo natural e fisiológico da sua condição clínica.

Nos termos do artigo 9.º do diploma em apreço, são ainda reconhecidos os seguintes direitos às pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida:

a) Realizar testamento vital e nomear procurador de cuidados de saúde;

b) Ser o único titular do direito à informação clínica relativa à sua situação de doença e tomar as medidas necessárias e convenientes à preservação da sua confidencialidade, podendo decidir com quem partilhar essa informação;

c) Dispor sobre o destino do seu corpo e órgãos, para depois da sua morte, nos termos da lei;

d) Designar familiar ou cuidador de referência que o assistam ou, quando tal se mostre impossível, designar procurador ou representante legal;

e) Receber os apoios e prestações sociais que lhes sejam devidas, a si ou à sua família, em função da situação de doença e de perda de autonomia.

De sublinhar que, nos termos do artigo 12.º, o disposto na Lei em apreço não prejudica a aplicação do regime jurídico sobre diretivas antecipadas de vontade em matéria de cuidados de saúde, testamento vital e nomeação de procurador de cuidados de saúde.

9. Direito a ser representado ou a constituir associações de defesa dos seus direitos

Conforme resulta do n.º 2 da Base 1 da LBS, o direito à proteção da saúde constitui uma responsabilidade conjunta das pessoas, da sociedade e do Estado. Concretizando esta dimensão, a LBS reconhece, nas alíneas j) e k) do n.º 1 da sua Base 2, que todas as pessoas têm direito a "*intervir nos processos de tomada de decisão em saúde e na gestão participada das instituições do SNS*" e a "*constituir entidades que as representem e defendam os seus direitos e interesses, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção da saúde e prevenção da doença, de ligas de amigos e de outras formas de participação que a lei preveja*".

Este direito do utente à representação ou à constituição de associações de defesa dos seus direitos é corolário da liberdade fundamental de associação, prevista no artigo 46.º da CRP, cujo n.º 1 afirma que "*Os cidadãos têm o direito de, livremente e sem dependência de qualquer autorização, constituir associações, desde que estas não se destinem a promover a violência e os respetivos fins não sejam contrários à lei penal.*". No que respeita aos direitos dos consumidores, o n.º 3 do artigo 60.º da CRP refere o seguinte: "*As associações de consumidores e as cooperativas de consumo têm direito, nos termos da lei, ao apoio do Estado e a ser ouvidas sobre as questões que digam respeito à defesa dos consumidores, sendo-lhes reconhecida legitimidade processual para defesa dos seus associados ou de interesses coletivos ou difusos.*".

De igual forma, o princípio da participação dos cidadãos na organização e funcionamento do sistema de saúde, resulta também do princípio consagrado no n.º 1 do artigo 267.º da CRP, segundo o qual a Administração Pública deve ser estruturada de modo "[…] *a assegurar a participação dos interessados na sua gestão efectiva, designadamente por intermédio de associações públicas, organizações de moradores e outras formas de representação democrática*". Este princípio significa que os cidadãos devem ser chamados a intervir na vida pública, nomeadamente na atividade da Administração, não só para elegerem os respetivos órgãos, mas também para intervirem no próprio funcionamento quotidiano da Administração Pública.

O direito de associação está também consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), onde se pode ler no n.º 1 do artigo 20 que "*Toda a pessoa tem direito à liberdade de*

reunião e de associação pacíficas", e na Convenção Europeia dos Direitos Humanos (CEDH), que no seu artigo 11.º, n.º 1, afirma que "*Qualquer pessoa tem direito à liberdade de reunião pacífica e à liberdade de associação, incluindo o direito de, com outrem, fundar e filiar-se em sindicatos para a defesa dos seus interesses*" .

O direito à proteção da saúde também deve ser assegurado pela participação dos próprios utentes e da sociedade. Para tanto, a LBS concretiza o direito dos utentes a constituir entidades que os representem e defendam os seus interesses e a constituir entidades que colaborem com o sistema de saúde, nos vários setores que o integram (público, privado, cooperativo e social), sob a forma de associações para a promoção da saúde e prevenção da doença, de ligas de amigos e de outras formas de participação que a lei preveja.

A este respeito, o n.º 1 do artigo 26.º do Estatuto do SNS reconhece aos beneficiários do SNS a possibilidade de intervenção nos processos de tomada de decisão que afetem a prestação de cuidados de saúde à população, nos termos da Carta para a Participação Pública em Saúde. Atento o disposto no n.º 4 do mesmo artigo 26.º, nas unidades de saúde do SNS - ACES, hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e ULS, integrados no setor empresarial do Estado ou no setor público administrativo - é designado pelo órgão máximo de gestão sob proposta das associações de utentes, pelo período de três anos, um provedor do utente que articula a sua ação com o gabinete do cidadão, e ao qual compete, designadamente:

a) Representar os interesses dos utentes e famílias;

b) Apoiar o acompanhamento dos utentes mais vulneráveis durante o percurso na unidade de saúde;

c) Identificar as dificuldades e necessidades dos utentes na unidade de saúde, apresentando propostas de melhoria contínua dos cuidados ao órgão máximo de gestão;

d) Propor, ao órgão máximo de gestão, planos de divulgação dos direitos dos utentes e planos de ação para informação dos utentes e famílias.

Também a Lei n.º 15/2014 contempla este direito; assim, nos termos do n.º 1 do artigo 10.º, "*O utente dos serviços de saúde tem direito a constituir entidades que o representem e que defendam os seus interesses*"; por sua vez, nos termos do n.º 2 do mesmo artigo, "*O utente dos serviços de saúde pode constituir entidades que colaborem com o sistema de saúde, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção e defesa da saúde ou de grupos de amigos de estabelecimentos de saúde.*".

Esse direito a constituir associações de defesa dos direitos e interesses legítimos dos utentes encontra-se ademais complementado pela Lei n.º 44/2005, de 29 de agosto (regulamentada pela Portaria n.º 535/2009, de 18 de maio), que estabeleceu os direitos de participação e de intervenção destas associações junto da Administração central, regional e local (n.º 1 do artigo 1.º).

Nos termos do n.º 1 do artigo 2.º, as associações de defesa dos utentes de saúde são associações constituídas nos termos da lei geral, dotadas de personalidade jurídica, sem fins lucrativos e com o objetivo principal de proteger os interesses e os direitos dos utentes de saúde. No n.º 4 do artigo 2.º, o legislador estabeleceu a distinção entre associações de defesa dos utentes de saúde de interesse genérico (associações cujo fim estatutário seja a tutela dos utentes de saúde em geral) e as de interesse específico (associações cujo fim estatutário seja a defesa dos utentes de uma determinada área de saúde ou portadores de uma determinada patologia).

No artigo 3.º do citado diploma é consagrada a independência e autonomia das associações de defesa dos utentes de saúde, sendo que as atribuições de apoios por parte do Estado ou de qualquer outra entidade não pode condicionar a sua independência e autonomia.

A estas associações são reconhecidos os direitos consignados no artigo 5.º da Lei n.º 44/2005, salientando-se os seguintes:

(i) direito de participação em processos legislativos sobre a política de saúde, bem como em processos de consulta e audição públicas referentes a tomada de decisões no âmbito dos direitos e interesses dos utentes de saúde;

(ii) direito de adquirir o estatuto de parceiro social em matérias relativas à política de saúde;

(iii) direito de antena nos serviços públicos de rádio e televisão;

(iv) direito de solicitar aos órgãos da administração central, regional e local as informações que lhes permitam acompanhar a definição e a execução da política de saúde;

(v) direito de receber apoio do Estado, através da administração central, regional e local, nomeadamente no exercício da sua atividade no domínio da formação, informação e representação dos utentes de saúde;

(vi) direito de participar na elaboração e acompanhamento das estratégias, planos e programas nacionais de saúde;

(vii) direito de iniciar e intervir em processos judiciais e em procedimentos administrativos quanto a interesses dos seus associados, nos termos da lei.

Por outro lado, será de realçar o dever previsto no n.º 3 do artigo 6.º da mencionada lei, nos termos do qual as associações de defesa dos utentes de saúde têm a responsabilidade de promover, junto dos seus associados, a habilitação e capacitação destes para serem os primeiros responsáveis pela defesa e promoção da sua própria saúde.

Ainda no âmbito da participação dos utentes nos processos de tomada de decisão em saúde e na gestão participada das instituições, a Lei n.º 108/2019, de 9 de setembro, aprovou a Carta para a Participação Pública em Saúde, a qual pretende fomentar a participação por parte das pessoas, com ou sem doença, nas decisões que afetam a saúde da população e incentivar a tomada de decisão em saúde assente numa ampla participação pública a nível político e nos diferentes órgãos e entidades do Estado, através do aprofundamento dos processos de participação já existentes e da criação de novos espaços e mecanismos participativos.

Neste sentido, a Carta pretende contribuir para:

a) Promover e defender os direitos das pessoas com ou sem doença, em especial no que respeita à proteção da saúde, da informação e da participação;

b) Informar as entidades públicas sobre as prioridades, necessidades e preocupações das pessoas com ou sem doença e seus representantes;

c) Tornar as políticas de saúde mais eficazes e, consequentemente, obter melhores resultados em saúde;

d) Promover a transparência das decisões e a prestação de contas por parte de quem decide;

e) Aproximar o Estado e a sociedade civil, aprofundando o diálogo e a interação regular entre ambos;

f) Legitimar as decisões sobre a avaliação custo-efetividade e os dilemas éticos colocados pelas inovações tecnológicas.

Nos termos do artigo 2.º da Carta, a participação pública em saúde deve assentar nos seguintes princípios:

a) Reconhecimento da participação pública como direito das pessoas com ou sem doença e seus representantes;

b) Reconhecimento das pessoas com ou sem doença e seus representantes como parceiros nos processos de tomada de decisão;

c) Reconhecimento da importância do conhecimento e da experiência específicos da pessoa com ou sem doença;

d) Autonomia e independência das pessoas com ou sem doença e seus representantes nos processos;

e) Transparência e divulgação pública dos processos participativos;

f) Criação das condições necessárias à participação;

g) Complementaridade e integração entre instituições e mecanismos da democracia representativa e da democracia participativa.

A participação pública das pessoas com ou sem doença e seus representantes compreende a tomada de decisão no âmbito da política de saúde e outras políticas relacionadas, tanto ao nível dos respetivos ministérios, incluindo os serviços integrados na administração direta ou indireta do Estado, órgãos consultivos e outras entidades relacionadas com a saúde, como da Assembleia da República e conselhos nacionais na área da saúde que funcionam junto desta, assim como dos órgãos do poder local (cfr. n.º 1 do artigo 3.º).

A participação pública das pessoas com ou sem doença e seus representantes aplica-se a todas as entidades ou sistemas que prestem serviços de saúde e abrange, nomeadamente, as seguintes áreas (cfr. n.º 3 do artigo 3.º):

a) Plano Nacional de Saúde e programas de saúde;

b) Gestão do SNS, incluindo recursos humanos, materiais e financeiros, e organização da prestação dos cuidados de saúde, através dos agrupamentos de centros de saúde e dos hospitais;

c) Orçamento do Estado para a saúde;

d) Avaliação de tecnologias de saúde;

e) Avaliação da qualidade em saúde;

f) Normas e orientações;

g) Ética e investigação em saúde;

h) Direitos das pessoas com ou sem doença e seus representantes.

Nos termos do artigo 5.º da Carta, a participação pública na tomada de decisão em saúde deve contemplar mecanismos de participação presencial e remota, quer de iniciativa das instituições do

Estado e privadas, quer das pessoas e organizações que participam; a participação pública deve ainda ser operacionalizada de forma sistemática, através de mecanismos diversos, de forma a ir ao encontro das especificidades de todas as partes interessadas e afetadas e promover uma participação ampla e diversificada, nomeadamente através de:

a) Reuniões públicas;

b) Audições públicas;

c) Consultas públicas;

d) Representação em conselhos consultivos, comissões ou grupos de trabalho especializados ou setoriais, no âmbito da política de saúde e políticas relacionadas, tanto a nível nacional como regional e municipal;

e) Conselhos da comunidade, junto das diversas entidades e serviços relevantes no âmbito da política de saúde e políticas relacionadas;

f) Comissões de utentes;

g) Conselhos municipais de saúde;

h) Conselho nacional para a participação em saúde;

i) Fórum nacional sobre participação em saúde;

j) Plataformas digitais para a participação pública em saúde.

No anexo II da Lei n.º 108/2019, são descritos os critérios de elegibilidade para a representação das pessoas com ou sem doença, destacando-se a obrigatoriedade das organizações estarem constituídas nos termos da lei geral, desenvolverem a sua atividade sem fins lucrativos, demonstrarem o interesse concreto da organização na defesa dos direitos e dos interesses das pessoas com doença, dos utentes dos serviços de saúde ou dos consumidores, e demonstrarem que cumprem pelo menos um dos critérios definidos no n.º 2 do artigo 5.º do anexo II:

"*a) A maioria dos membros votantes da organização são pessoas com doença, utentes dos serviços de saúde, consumidores, seus cuidadores ou representantes legais, outras pessoas afetadas, ou respetivas organizações, no caso de organizações «chapéu», com o poder de nomear e eleger os órgãos sociais da organização;*

b) A maioria dos membros dos órgãos sociais da organização são pessoas com doença, utentes dos serviços de saúde, consumidores, seus cuidadores ou representantes legais, outras pessoas afetadas, ou respetivas organizações, no caso de organizações «chapéu»;

c) A organização tem uma estrutura de governação que garante que é orientada para e pelas pessoas com doença, utentes dos serviços de saúde, consumidores, ou seja, que as necessidades e pontos de vista daqueles orientam de forma significativa a estratégia, políticas e atividades da organização e que esta é capaz de representar as suas necessidades e os seus pontos de vista."

Por fim, e ainda sobre a participação na gestão do sistema de saúde, importa referir a importância do Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro, que concretizou o quadro de transferência de competências para os órgãos municipais, para as entidades municipais e para as entidades intermunicipais no domínio da saúde, e que criou a figura do conselho municipal de saúde em cada município, o qual, nos termos do n.º 1 do artigo 9.º, terá a seguinte composição:

a) O presidente da câmara municipal, que preside;

b) O presidente da assembleia municipal;

c) Um presidente da junta de freguesia eleito em assembleia municipal em representação das freguesias do município;

d) Um representante da respetiva administração regional de saúde[154];

e) Os diretores executivos e os presidentes dos conselhos clínicos e de saúde dos agrupamentos de centros de saúde;

f) Um representante das instituições particulares de solidariedade social, designado, anualmente, pelo órgão executivo de associação representativa das mesmas, em regime de rotatividade;

g) Um representante dos serviços de segurança social, designado pelo respetivo conselho diretivo;

h) Um representante das associações da área da saúde, por acordo entre as mesmas.

Nos termos do n.º 3 do citado artigo 9.º, o conselho municipal de saúde tem as seguintes competências:

a) Contribuir para a definição de uma política de saúde a nível municipal;

b) Emitir parecer sobre a estratégia municipal de saúde;

c) Emitir parecer sobre o planeamento da rede de unidades de cuidados de saúde primários;

[154] Cfr. nota de rodapé n.º 34.

d) Propor o desenvolvimento de programas de promoção de saúde e prevenção da doença;

e) Promover a troca de informações e cooperação entre as entidades representadas;

f) Recomendar a adoção de medidas e apresentar propostas e sugestões sobre questões relativas à saúde;

g) Analisar o funcionamento dos estabelecimentos de saúde integrados no processo de descentralização objeto do presente decreto-lei, refletir sobre as causas das situações analisadas e propor as ações adequadas à promoção da eficiência e eficácia do sistema de saúde.

Por fim, importa referir que o Decreto-Lei n.º 52/2022 prevê também, nos artigos 50.º e 51.º, a criação dos conselhos de comunidade. O conselho da comunidade é composto por:

a) Um representante indicado pelas câmaras municipais da área de atuação do ACES, que preside;

b) Um representante de cada município abrangido pelo ACES, designado pelas respetivas assembleias municipais;

c) Um representante do centro distrital de segurança social, designado pelo conselho diretivo;

d) Um representante dos agrupamentos de escolas ou escolas não agrupadas, designado pelo delegado regional de educação territorialmente competente;

e) Um representante das instituições particulares de solidariedade social, designado pelo órgão executivo de associação representativa das mesmas, em regime de rotatividade;

f) Um representante das associações de utentes do ACES, designado pela respetiva direção, em regime de rotatividade;

g) Um representante das associações sindicais com assento na Comissão Permanente de Concertação Social, designado pelo respetivo presidente, sob proposta daquelas;

h) Um representante das associações de empregadores com assento na Comissão Permanente de Concertação Social, designado pelo respetivo presidente, sob proposta daquelas;

i) Um representante do hospital de referência, designado pelo órgão de administração;

j) Um representante das equipas de voluntariado social, designado por acordo entre as mesmas;

k) Um representante das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens da área de atuação do ACES, a eleger pelos pares;

l) Um representante indicado pelos Núcleos de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo, quando existam na área de atuação do ACES;

m) Um representante das Unidades de Intervenção Local nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, designado pelo conselho diretivo do ICAD, I.P.

Compete designadamente ao conselho da comunidade:

a) Dar parecer sobre o plano de atividades anual e plurianual do ACES e respetivo orçamento, antes de serem aprovados;

b) Acompanhar a execução do plano de atividades, podendo, para isso, obter do diretor executivo as informações necessárias;

c) Propor ao diretor executivo os horários de funcionamento das unidades funcionais;

d) Alertar o diretor executivo para factos reveladores de deficiências na prestação de cuidados de saúde;

e) Dar parecer sobre o relatório anual de atividades, apresentado pelo conselho executivo;

f) Assegurar a articulação do ACES, em matérias de saúde, com os municípios da sua área geográfica e com os SLS, quando existam;

g) Propor ações de educação e promoção da saúde e de prevenção da doença a realizar pelo ACES em parceria com os municípios e demais instituições representadas no conselho da comunidade;

h) Dinamizar associações e redes de utentes promotoras de equipas de voluntariado.

10. Direito a reclamar e apresentar queixa

A CRP prevê, no seu artigo 52.º, o direito de qualquer pessoa apresentar, individual ou coletivamente, aos órgãos de soberania, aos órgãos de governo próprio das regiões autónomas ou a quaisquer autoridades reclamações ou queixas para defesa dos seus direitos, da Constituição, das leis ou do interesse geral e, bem assim, o direito de serem informadas, em prazo razoável, sobre o resultado da respetiva apreciação.

Nesse sentido, a LBS confirma, na alínea i) do n.º 1 da sua Base 2, que todas as pessoas têm direito a apresentar sugestões, reclamações e a obter resposta das entidades responsáveis.

Também a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, determina que "*o utente dos serviços de saúde tem direito a reclamar e a apresentar queixa nos estabelecimentos de saúde, nos termos da lei*" e que "*as reclamações e queixas podem ser apresentadas em livro de reclamações ou de modo avulso, sendo obrigatória a resposta, nos termos da lei*" (Cfr. n.os 1 e 2 do artigo 9.º).

Todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, independentemente da sua natureza jurídica, têm assim a obrigação de garantir o acesso dos utentes ao exercício da queixa ou da reclamação, designadamente acesso ao livro de reclamações, que pode ser preenchido por quem o solicitar (artigo 9.º, n.º 3, da Lei n.º 15/2014).

No âmbito do SNS, este direito foi ainda reforçado pelo SIGA SNS, reconhecendo-se, no n.º 1 do artigo 13.º da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, o direito de os utentes reclamarem, junto das entidades competentes e pelos meios adequados, sempre que entenderem existir violação dos seus direitos.

O Decreto-Lei n.º 74/2017, de 21 de junho, veio criar o livro de reclamações eletrónico[155]; neste novo contexto, os fornecedores de bens e/ou prestadores de serviços (incluindo-se, assim, os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde[156]) são obrigados a disponibilizar o livro de reclamações nos formatos físico e eletrónico, sendo que o livro de reclamações eletrónico não vem substituir o livro de reclamações em papel, o qual deve estar sempre acessível no estabelecimento onde são prestados os cuidados de saúde. A este propósito, cumpre afirmar que as reclamações ainda só podem ser apresentadas pelo utente, através do preenchimento do Livro de Reclamações Eletrónico, quando digam respeito a prestadores de cuidados de saúde dos setores privado, cooperativo e social.

A obrigação de disponibilizar o livro de reclamações, bem como todo o sistema de avaliação que lhe está inerente, visa assegurar o direito de reclamação do utente, seja no próprio local onde ocorreu o motivo da reclamação, seja através de outros canais e meios disponíveis. Os objetivos são os de assegurar a proteção dos direitos dos utentes, constituir um instrumento de prevenção de conflitos e, ao mesmo tempo, um mecanismo de melhoria da qualidade dos serviços prestados, valores fundamentais para o equilibrado funcionamento do setor da saúde.

[155] A ERS publicou, no seu *website*, perguntas frequentes sobre o Livro de Reclamações Eletrónico, que podem ser consultadas em https://www.ers.pt/pt/prestadores/perguntas-frequentes/faqs/livro-de-reclamacoes-eletronico/.

[156] A ERS emitiu o Alerta de Supervisão n.º 5/2024, de 18 de julho, sobre obrigações do prestador de cuidados de saúde do setor privado, cooperativo e social relativas ao formato eletrónico do livro de reclamações, considerando a existência de um elevado número de prestadores de cuidados de saúde do setor privado, cooperativo e social que não cumpriam, na íntegra, as suas obrigações.

Independentemente dos concretos fundamentos que possam levar ao exercício do direito de reclamação, todos os prestadores de cuidados de saúde devem garantir que qualquer pessoa pode exercer o seu direito de queixa ou reclamação, perante o que entenda constituir uma ofensa dos seus direitos e interesses legítimos[157].

Tanto assim é, que o legislador teve a especial preocupação de adotar medidas que permitam evitar eventuais obstáculos ou restrições ao exercício pleno do direito de reclamação, prevendo a possibilidade de ser requerida pelo utente a presença da autoridade policial no estabelecimento, a fim de evitar a recusa de acesso ao livro ou para fazer chegar a reclamação à entidade competente para fiscalizar o setor.

A obrigatoriedade de existência e disponibilização do livro de reclamações no âmbito do fornecimento de bens e prestação de serviços por estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos setores privado, cooperativo e social encontra-se consagrada no Decreto-Lei n.º 156/2005, de 15 de setembro, o qual determina que as reclamações relacionadas com entidades prestadoras de cuidados de saúde, serão remetidas e analisadas pela ERS.

De acordo com a alínea b) do n.º 1, do artigo 3.º deste diploma "*O fornecedor de bens ou prestador de serviços é obrigado a:* […] *b) Facultar imediata e gratuitamente ao consumidor ou utente o livro de reclamações sempre que por este tal lhe seja solicitado, sem prejuízo de serem observadas as regras da ordem de atendimento previstas no estabelecimento comercial, com respeito pelo regime de atendimento prioritário*."

Entre os fornecedores de bens e/ou prestadores de serviços que estão sujeitos à referida obrigação, constam os operadores que, nos termos do artigo 4.º dos Estatutos da ERS, estão sujeitos à atividade reguladora desta Entidade – cfr. n.º 18 do Anexo I do Decreto-Lei n.º 156/2005, de 15 de setembro.

Por outro lado, o regime jurídico concretamente aplicável à obrigatoriedade de existência e disponibilização do livro de reclamações em serviços e organismos da Administração Pública – onde estão também naturalmente incluídos os prestadores de cuidados de saúde do setor público – está consagrado no artigo 38.º do Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril[158], que determina que os serviços e organismos da Administração Pública ficam obrigados a adotar o livro de reclamações nos locais onde seja efetuado atendimento ao público, devendo a sua existência ser divulgada aos utentes de forma visível. Da conjugação da obrigatoriedade legal de adoção de livro de reclamações

[157] A ERS publicou, no seu *website*, perguntas frequentes sobre Reclamações, elogios e sugestões, disponíveis em https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/reclamacoes-elogios-e-sugestoes/.
[158] O Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril, estabelece as medidas de modernização administrativa aplicáveis a todos os serviços da administração central, regional e local.

pelos organismos da Administração Pública, tal como conformado pelo Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril, com a consagração do direito à reclamação fixado pela LBS, resulta que todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do setor público estão legalmente obrigados a disponibilizar, imediata e gratuitamente, o respetivo livro de reclamações, sempre que este seja pedido.

O legislador criou ainda normas sobre o tratamento que deve ser dado às reclamações, conferindo a competência para a sua apreciação à Agência para a Modernização Administrativa, I.P. (AMA, I.P.) (artigo 38.º do Decreto-Lei n.º 135/99). No entanto, no caso da área da saúde, o regime jurídico constante daquele artigo está desatualizado à luz dos atuais Estatutos da ERS, que confirmam e reforçam as suas atribuições e competências em matéria de apreciação das reclamações nesse âmbito específico, bem como na monitorização do seguimento que lhes é dispensado pelos estabelecimentos visados. Assim, as competências da ERS nesta temática passam a estender-se a todos os prestadores sujeitos à sua regulação, dos setores público, privado, cooperativo e social (n.os 1 e 2 do artigo 4.º, articulados com alínea a) do artigo 13.º, todos dos Estatutos da ERS).

Note-se que, quer o Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril, que estabelece as medidas de modernização administrativa aplicáveis a todos os serviços da administração central, regional e local, quer o Decreto-Lei n.º 156/2005, de 15 de setembro, que estabelece o Regime Jurídico do Livro de Reclamações, foram objeto de alteração pelo Decreto-Lei n.º 74/2017, de 21 de junho, sendo que, por força dessa alteração, o n.º 7 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 156/2005, de 15 de setembro, com a redação dada pelo Decreto-Lei n.º 74/2017, de 21 de junho, passou a estabelecer que "*Sem prejuízo do disposto no n.º 3, compete aos fornecedores de bens e aos prestadores de serviços cuja atividade esteja sujeita a regulação por entidade reguladora do setor ou entidade de controlo de mercado competente assegurar o cumprimento das obrigações previstas no presente decreto-lei nos casos em que os fornecimentos de bens e as prestações de serviços sejam efetuados, ainda que de forma não exclusiva ou principal, nos locais dos serviços e organismos da Administração Pública que tenham contacto com o público*.".

Qualquer pessoa – independentemente da sua natureza singular ou coletiva, da sua idade[159], nacionalidade ou residência – tem o direito a apresentar reclamação, comunicando os factos e os argumentos que a fundamentam. Impõe-se aqui a adoção de um conceito amplo de "utente", que

[159] Se um menor tem capacidade para o exercício de um determinado direito (*v.g.* prestar o seu consentimento ou recusar a prestação de cuidados de saúde), dever-lhe-á ser reconhecida, igualmente, a capacidade para o exercício do direito de reclamar. Por conseguinte, à entidade prestadora de cuidados de saúde que detém o Livro de Reclamações, não será lícito recusá-lo, bem como, não será lícito solicitar a identificação do reclamante como condição para o exercício do direito de reclamar; esta entidade está, sim, obrigada a disponibilizar o Livro de Reclamações a qualquer pessoa, mesmo que seja um menor de idade, e seguir os trâmites previstos na Lei para o exercício do direito à reclamação.

se traduz na circunstância de não se reconduzir apenas aos utentes que se deslocam ao estabelecimento para receber cuidados de saúde, mas, também, todos aqueles que os acompanham ou que os visitam; no fundo, o conceito aqui em causa deve abranger todos aqueles que frequentam, utilizam ou acedem ao estabelecimento prestador de serviços.

Um entendimento oposto e, por isso, restritivo do conceito de utente, mostra-se inadmissível à luz do regime jurídico em apreço, pois que impediria, por exemplo, alguém que acompanhasse um utente de apresentar reclamação, caso lhe fosse injustificadamente proibido o seu acompanhamento, bem como impediria um interessado a quem fosse negada a tabela de preços dos serviços prestados, de poder reclamar no livro de reclamações.

Perante o pedido do livro de reclamações, o prestador de serviços não pode recusá-lo por entender que os motivos da reclamação não terão fundamento ou que são alheios ao serviço prestado pelo estabelecimento. As razões que motivem a reclamação não são relevantes para definir a legitimidade para o ato de reclamar, uma vez que a sua análise material compete à entidade legalmente incumbida para proceder à sua análise – no caso dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, repete-se, à ERS[160].

O procedimento de tratamento, análise e monitorização das queixas e reclamações pela ERS está estabelecido, em primeira linha e de forma resumida, no artigo 30.º do seu diploma estatutário, nos seguintes termos:

> "*1 - Cabe à ERS apreciar as queixas e reclamações apresentadas pelos utentes, assegurar o cumprimento das obrigações dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde relativas ao tratamento das mesmas, bem como sancionar as respetivas infrações.*
>
> *2 – Os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde estão obrigados a remeter à ERS, no prazo de 10 dias úteis, cópia das reclamações e queixas dos utentes, designadamente as constantes dos respetivos livros de reclamações, bem como do seguimento que tenham dado às mesmas.*".

Por sua vez, atento a alínea a) do n.º 1 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, constitui contraordenação, punível com coima de 750 € a 3740,98 € ou de 1000 € a 44 891,81 €, consoante

[160] Também neste sentido, a ERS emitiu o Alerta de Supervisão n.º 1/2023, de 11 de agosto, onde se refere que os prestadores de cuidados de saúde se devem abster de obstaculizar, de qualquer forma, o exercício do direito fundamental à reclamação e apresentação de queixa, não podendo condicionar a apresentação do livro de reclamações à identificação do autor da reclamação, exigindo a apresentação do seu documento de identificação.

o infrator seja pessoa singular ou coletiva, a violação dos deveres que constam nos n.os 1 e 2 do artigo 30.º.

Em desenvolvimento do citado artigo foi aprovado o Regulamento da ERS n.º 65/2015, de 11 de fevereiro[161], que veio estabelecer as concretas regras aplicáveis ao procedimento em questão (cfr. artigo 1.º).

A ERS dispõe de um sistema próprio destinado ao processamento das reclamações e exposições dos utentes relativamente aos prestadores de cuidados de saúde, designado de Sistema de Gestão de Reclamações (SGREC) da ERS, que consiste numa aplicação informática utilizada pela ERS para monitorizar e apreciar todas as reclamações relativas a estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

A ERS recebe e trata ainda de todas as reclamações que lhe cheguem ao conhecimento através dos diversos meios que disponibiliza para o efeito (seja por via postal, fax, correio eletrónico, utilizando o livro de reclamações online disponível no seu *website* e o Livro de Reclamações Eletrónico (LRE)).

O direito a reclamar e a obter uma resposta clara e percetível em matéria de saúde constitui uma preocupação da ERS, revelando-se de primordial importância o processamento adequado de todas as reclamações e exposições dos utentes, de forma a permitir uma melhor aferição dos pontos mais fracos do sistema de saúde e, assim, identificar as áreas que exigem uma atuação mais aprofundada[162].

As entidades responsáveis por estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde devem dar um tratamento adequado e rápido às reclamações, bem como, garantir a prestação de informações claras e precisas aos reclamantes sobre a apreciação que tenham feito das suas reclamações e sobre eventuais medidas corretivas que tenham adotado nesse seguimento, detendo a ERS competências concretas com vista a assegurar o respeito pelo direito dos utentes à reclamação e apresentação de queixa.

A metodologia que a ERS tem vindo a adotar, no tratamento das reclamações provenientes dos livros de reclamação, assenta no pressuposto de que, num primeiro momento, estas deverão ser

[161] O Regulamento da ERS n.º 65/2015 foi publicado na 2.ª Série do Diário da República n.º 29, de 11 de fevereiro de 2015.
[162] Sobre esta matéria, cfr. o Alerta de Supervisão n.º 3/2022, de 07 de outubro (submissão de reclamações à ERS recebidas pelos prestadores de cuidados de saúde através da plataforma digital Portal da Queixa e cumprimento do regime jurídico das práticas de publicidade em saúde em qualquer publicidade veiculada através da referida plataforma) e o Alerta de Supervisão n.º 5/2022, de 21 de dezembro (submissão de reclamações, elogios e sugestões à ERS e obrigação de envio de alegações e de resposta ao reclamante no âmbito da respetiva tramitação).

tratadas pela entidade reclamada, remetendo-se a intervenção da ERS para um segundo plano, mormente no que respeita aos casos de indícios de falta grave, ou de manifesta desadequação da decisão do estabelecimento prestador de cuidados de saúde às pretensões do utente, caso em que a ERS tomará as medidas que entender adequadas, de acordo com as atribuições que a lei lhe conferiu.

Por outro lado, as informações obtidas através do registo de reclamações e sugestões são analisadas pela ERS e constituem um importante contributo para o exercício da sua atividade de regulação e supervisão, porque permitem o acesso e a análise de um conjunto vasto de dados sobre a organização e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

A intervenção da ERS na análise das queixas, reclamações, sugestões e elogios processa-se em dois níveis diferentes. Por um lado, procede-se à monitorização do seguimento dado pelos prestadores às reclamações e do cumprimento dos requisitos legais a nível processual: na sequência da apresentação de uma reclamação, a ERS verifica se o prestador analisou a situação, se elaborou resposta fundamentada e orientada ao tema reclamado que enviou, em tempo útil, ao reclamante e à ERS e, quando adequado, se implementou medidas para resolução da situação ou para prevenção da repetição da mesma.

Por outro lado, a ERS aprecia o conteúdo material de cada reclamação e averigua se se trata de matéria sobre a qual lhe caiba intervir, no âmbito das suas competências de supervisão, ou se é temática que necessite ser encaminhada para outra instituição com competências específicas sobre a matéria vertida na reclamação. Uma vez recebida a reclamação e as alegações das instituições reclamadas, a ERS procede à respetiva análise no âmbito das matérias que se incluam na sua esfera de competências. Contudo, a ERS não está vinculada ao pedido do utente, nem aos exatos termos em que este lhe é formulado, podendo averiguar outros factos além daqueles que lhe foram relatados ou recomendar para além do que lhe fora requerido.

Por fim, cumpre referir que, para além do direito de reclamação, o utente tem sempre direito de recorrer a outras entidades, tais como o Ministério Público e os Tribunais, para proteção dos seus direitos e interesses legítimos.

10.1 – Resolução de conflitos: mediação ou conciliação

Com vista à resolução de um conflito com um estabelecimento prestador de cuidados de saúde, os utentes têm a possibilidade de recorrer à mediação ou conciliação, meios extrajudiciais e alternativos de resolução de conflitos em que as partes são auxiliadas por um terceiro imparcial - o mediador -, e através dos quais procuram voluntariamente chegar a um acordo que resolva o conflito que as opõe (mediação), podendo o mediador propor soluções para o efeito (conciliação)[163].

Ora, nos termos do artigo 202.º, n.º 4, da CRP, poderão ser legalmente previstos instrumentos e formas de composição não jurisdicional de conflitos, sendo a mediação ou conciliação disso exemplos.

Neste sentido, a mediação é regulada pela Lei n.º 29/2013, de 19 de abril, que estabelece, designadamente, os princípios gerais aplicáveis, bem como os regimes jurídicos da mediação civil e comercial, dos mediadores e da mediação pública.

No que às entidades reguladoras respeita, dispõe o artigo 40.º, n.º 4, alínea a), da Lei-Quadro das Entidades Reguladoras - Lei n.º 67/2013, de 28 de agosto -, que compete às entidades reguladoras com poderes de mediação "*divulgar a arbitragem voluntária para a resolução de conflitos e disponibilizar serviços de mediação de conflitos*" e, de acordo com a alínea b), "*Atuar na resolução de conflitos entre as empresas e outras entidades sujeitas à sua jurisdição, ou entre estas e os seus clientes ou terceiros, reconhecendo ou não os direitos alegados e invocados*".

Assim, o artigo 28.º, n.º 1, dos Estatutos da ERS, aprovados em anexo ao Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, estabelece que, a pedido ou com o consentimento das partes, esta Reguladora pode intervir na mediação ou conciliação de conflitos entre estabelecimentos do SNS, ou entre estes e prestadores do setor privado e social, ou no âmbito de contratos de concessão, de parceria público-privada, de convenção ou de relações contratuais afins no setor da saúde, ou ainda entre prestadores de cuidados de saúde e utentes. Estabelece, também, o n.º 2 do mencionado artigo que as condições e requisitos para submissão de conflitos ou litígios a mediação ou conciliação da ERS são definidos por regulamento.

Por conseguinte, ao abrigo dos poderes de regulamentação previstos no artigo 17.º dos seus Estatutos, foi aprovado o Regulamento n.º 628/2015, de 17 de setembro (Regulamento de resolução

[163] A ERS disponibiliza, no seu *website*, a área "*Resolução de Conflitos*", disponível em https://www.ers.pt/pt/utentes/formularios/resolucao-de-conflitos/ e, para uma melhor compreensão da temática, publicou perguntas frequentes relativas a "*Resolução de conflitos na ERS: mediação ou conciliação*", que poderão ser consultadas em https://ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/resolucao-de-conflitos-na-ers-mediacao-ou-conciliacao/.

de conflitos da ERS), que veio estabelecer as condições e requisitos de funcionamento do procedimento de resolução de conflitos da ERS, incluindo a mediação ou conciliação de conflitos.

O procedimento de resolução de conflitos da ERS rege-se pelos princípios da voluntariedade, confidencialidade, igualdade e imparcialidade, independência, competência e responsabilidade, executoriedade, informalidade, celeridade e gratuitidade (artigos 3.º a 9.º da Lei n.º 29/2013, e artigo 2.º do Regulamento n.º 628/2015).

Quanto ao âmbito de aplicação do referido regulamento, este procedimento abrange a mediação ou conciliação de conflitos entre estabelecimentos do SNS, ou entre estes e prestadores do setor privado e social, ou no âmbito de contratos de concessão, de parceria público-privada, de convenção ou de relações contratuais afins no setor da saúde, ou ainda entre prestadores de cuidados de saúde e utentes (artigo 28.º, n.º 1, dos Estatutos da ERS e artigo 3.º do Regulamento n.º 628/2015).

De salientar que o acesso à resolução de conflitos entre prestadores de cuidados de saúde e utentes pressupõe a existência de um conflito no contexto de uma prestação de cuidados de saúde, excetuando-se, contudo, os conflitos relativos à qualidade da assistência administrativa e ao tempo de espera no atendimento administrativo (artigo 4.º do Regulamento n.º 628/2015).

A ERS atua, então, como a entidade mediadora do conflito, sendo designado pelo seu Conselho de Administração, para as funções de mediador, um técnico do quadro, com formação adequada. O mediador conduz o procedimento de resolução de conflitos com independência, imparcialidade e isenção, estando sujeito aos princípios que regem o procedimento, acima mencionados (artigo 5.º do Regulamento n.º 628/2015).

Todos os intervenientes no procedimento de mediação estão sujeitos ao princípio da confidencialidade, incluindo representantes legais ou outros técnicos que venham a acompanhar os mediados nas sessões de mediação (artigo 8.º do Regulamento n.º 628/2015). Este princípio pretende promover a confiança de todos, para que o diálogo seja o mais aberto possível, sendo promovido um clima de respeito e cooperação. Ainda assim, este dever de confidencialidade pode cessar, mas com restrições (artigo 5.º, n.º 3, da Lei n.º 29/2013): por razões de ordem pública – nomeadamente, para assegurar a proteção do superior interesse da criança, para proteção da integridade física ou psíquica de qualquer pessoa, ou quando tal seja necessário para efeitos de aplicação ou execução do acordo.

O pedido de resolução de conflitos pode ser formulado em conjunto pelos mediados, junto da ERS. Sendo o pedido de iniciativa individual de um dos mediados, a sua aceitação dependerá sempre da

concordância da outra parte no conflito, em respeito pelo princípio da voluntariedade (artigo 11.º do Regulamento n.º 628/2015).

Posteriormente, o pedido de resolução de conflito validamente submetido será objeto de uma avaliação preliminar por parte da ERS (artigo 12.º do Regulamento n.º 628/2015), que poderá solicitar aos mediados informações complementares sobre o objeto do conflito (artigo 13.º do Regulamento n.º 628/2015).

Caso aceite o pedido de resolução de conflitos, a ERS, enquanto entidade mediadora do conflito, informa disso os mediados e agendará a sessão de pré-mediação (artigo 14.º do Regulamento n.º 628/2015).

A ERS pode, por outro lado, recusar o pedido, devidamente fundamentado (artigo 15.º do Regulamento n.º 628/2015).

O procedimento de resolução de conflitos, cuja duração máxima, por regra, é de 90 dias, tem várias fases, que podem ocorrer na mesma data ou em datas diferentes:

a) Sessão de pré-mediação: tem carácter obrigatório e visa a explicação, pelo mediador, do funcionamento e regras do procedimento. Os mediados devem manifestar nesta sessão o seu acordo no prosseguimento do procedimento de resolução de conflitos, através da adesão final às regras do protocolo de mediação (artigo 17.º do Regulamento n.º 628/2015).

b) Sessão de mediação: os mediados apresentam as suas posições e discutem opções para a sua solução (artigo 18.º do Regulamento n.º 628/2015).

c) Sessão privada: tem natureza facultativa e a sua realização pode ser solicitada por iniciativa do mediador ou iniciativa de qualquer um dos mediados, consistindo numa reunião individual com cada um dos mediados (artigo 19.º do Regulamento n.º 628/2015).

d) Acordo parcial, total ou não acordo:

    i. O acordo total ou parcial é celebrado por escrito e é redigido pelos mediados com o apoio do mediador ou pelos representantes legais, quando existam. O acordo tem força executiva, sem necessidade de homologação judicial, desde que verificadas as condições legalmente estabelecidas. Ou seja, o acordo tem valor de decisão, pelo que, caso não seja cumprido por uma das partes, a outra pode executá-lo judicialmente (artigos 20.º e 22.º do Regulamento n.º 628/2015).

ii. No caso de não se chegar a um acordo no final do procedimento, a ERS, enquanto entidade mediadora do conflito, através do respetivo Conselho de Administração, emitirá a declaração de não acordo (artigo 21.º do Regulamento n.º 628/2015).

O recurso à resolução de conflitos suspende os prazos de caducidade e prescrição a partir da data em que for assinado o protocolo de mediação, retomando-se a contagem dos prazos com a conclusão do procedimento, nos termos do artigo 13.º da Lei n.º 29/2013, de 19 de abril (artigo 25.º do Regulamento n.º 628/2015).

Este procedimento pode terminar por desistência de qualquer um dos mediados; com o acordo total ou parcial dos mediados; com o não acordo; por decisão fundamentada da ERS, enquanto entidade mediadora do conflito; ou, ainda, caso se atinja o prazo máximo do procedimento de resolução de conflitos, incluindo as prorrogações (artigo 28.º do Regulamento n.º 628/2015).

As partes poderão, ainda, recorrer a outros meios de resolução de conflitos, como a arbitragem voluntária, ou aos tribunais. Verificando-se o recurso aos meios judiciais, importa referir que a mediação tem, como acima referido, um carácter confidencial, pelo que, em regra, o conteúdo das suas sessões não pode ser valorado em tribunal ou em sede de arbitragem (artigo 5.º, n.º 4, da Lei n.º 29/2013).

O procedimento de mediação ou conciliação de conflitos revela vantagens relativamente ao recurso aos tribunais, uma vez que evita a morosidade e os elevados custos.

A mediação permite resolver os conflitos de uma forma mais rápida, informal e gratuita, com confidencialidade e em ambiente colaborativo, sendo promovida uma cultura de diálogo e facilitada a comunicação entre as partes, tendo em vista a satisfação dos respetivos interesses e a melhoria contínua das relações interpessoais entre os diversos intervenientes no sistema de saúde.

Note-se, ainda, que o recurso à mediação não se confunde com a apresentação de uma reclamação, nem está dependente de prévia apresentação de reclamação. Contudo, sempre que subsista um litígio no decurso ou após o arquivamento de um processo de reclamação, pode ser solicitada pelas partes a intervenção da ERS em procedimento de mediação ou conciliação de conflitos.

III. Deveres dos utentes

A CRP, no n.º 1 do seu artigo 64.º, refere que todas as pessoas têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. Esta responsabilidade recai não só sobre a saúde de cada pessoa, mas também sobre a dos demais membros da comunidade. Nesse sentido, a alínea a) do n.º 4 da Base 2 da LBS refere que todas as pessoas têm o dever de respeitar os direitos das outras pessoas.

Da análise dos principais diplomas sobre esta matéria – em especial, CRP, LBS, Lei n.º 15/2014, de 21 de março (cfr., em especial, o seu artigo 24.º), e Portaria n.º 147/2017 de 27 de abril –, resulta que os utentes dos serviços de saúde devem cumprir os seguintes deveres:

(i) Defender e promover a saúde;

(ii) Respeitar e tratar com urbanidade as outras pessoas, nomeadamente os utentes e profissionais de saúde;

(iii) Colaborar com os profissionais de saúde em todos os aspetos relevantes para a melhoria do seu estado de saúde;

(iv) Manter atualizados os seus dados pessoais relevantes, nomeadamente os dados previstos no âmbito do Registo Nacional de Utentes (RNU) e a morada e contacto na Plataforma de Dados da Saúde – Área do Cidadão do Portal SNS;

(v) Observar as regras sobre a organização, o funcionamento e a utilização dos estabelecimentos e serviços de saúde a que recorrem;

(vi) Comparecer na data e hora marcada para os eventos agendados e informar as instituições, com a antecedência prevista nos regulamentos específicos, sobre quaisquer factos impeditivos da sua comparência;

(vii) Pagar os encargos que derivem da prestação dos cuidados de saúde;

(viii) Formalizar por escrito e em suporte adequado as suas opções, sempre que tal lhe seja solicitado pelo prestador.

ANEXO I – LEGISLAÇÃO

Legislação transversal:

- **Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto**: procede à reestruturação da ERS, definindo as suas atribuições, organização e funcionamento e aprova, em anexo, os estatutos da ERS – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/126-2014-56304800.
- **Constituição da República Portuguesa** – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/337/202103081013/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.
- **Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro**: aprova a LBS e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108.
- **Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto**: aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde – disponível para consulta em https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2022-187129978.
- **Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro**: procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde – disponível para consulta em https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2023-223906291.
- **Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro**: aprova o regime jurídico de dedicação plena no Serviço Nacional de Saúde e da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar – disponível para consulta em https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279.
- **Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro**: aprova a orgânica da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde – disponível para consulta em https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2022-201414031.
- **Portaria n.º 306-A/2023, de 12 de outubro**: aprova os Estatutos da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P. – disponível para consulta em https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/306-a-2023-222695041.

- **Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro**: aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2011-66341485.
- **Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro**: aprova a orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2012-70888932.
- **Lei n.º 15/2014, de 21 de março**: consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/124532387/202103081051/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=diploma.

Direito à proteção da saúde

- **Carta de Ottawa para Promoção da Saúde, 1986** – disponível para consulta em https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx.

Direito de acesso

- **Convenção para a proteção dos direitos humanos face às aplicações da biologia e da medicina (Convenção sobre os Direitos humanos e a Biomedicina)** – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-assembleia-republica/1-2001-235128.
- **Declaração Universal dos Direitos Humanos** – disponível para consulta em https://dre.pt/declaracao-universal-dos-direitos-humanos.
- **Circular Informativa Conjunta n.º 13/2016/CD/ACSS, de 12 de maio, da ACSS e da DGS: acesso dos requerentes e beneficiários de proteção internacional ao Serviço Nacional de Saúde** – disponível para consulta em http://www.acss.min-saude.pt/circulares/Circular_Conjunta/2016/Circular_Informativa_Conjunta_13_2016_ACSS_DGS.pdf.
- **Despacho n.º 14830/2024, de 16 de dezembro**: define as regras de organização e os mecanismos de gestão referentes ao Registo Nacional de Utentes (RNU) –

disponível para consulta em https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/14830-2024-900163820.

- **Despacho n.º 40/2025, de 2 de janeiro**: define as regras de inscrição nos cuidados de saúde primários – disponível para consulta em https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/40-2025-901693497.

- **Regulamento do Registo Nacional de Utentes (RNU)**, da ACSS – disponível para consulta em https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Regulamento-RNU_anexo.pdf.

- **Regulamento do Registo Nacional de Utentes - Inscrição em Cuidados de Saúde Primários**, da ACSS – disponível para consulta em https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Regulamento-CSP_anexo.pdf.

- **Circular Informativa N.º 12/DQS/DMD, de 7 de maio de 2009**, da DGS: acesso dos Imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde – disponível para consulta em https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-12dqsdmd-de-07052009-pdf.aspx.

- **Decreto-Lei n.º 67/2004, de 25 de março**: cria um registo nacional de menores estrangeiros que se encontrem em situação irregular no território nacional – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/67-2004-211033.

- **Portaria n.º 995/2004, de 9 de agosto**: aprova a regulamentação do registo nacional de menores estrangeiros que se encontrem em situação irregular no território – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/995-2004-515406.

- **Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro**: cria o Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P. – disponível para consulta em https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/89-2023-222645049.

- **Lei n.º 32/2006, de 26 de julho**: procriação medicamente assistida - disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/123015175/202103140032/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Norma n.º 001/2023, de 27 de janeiro, da DGS**: organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério – disponível para consulta em

https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-0012023-de-27-de-janeiro-de-2023-organizacao-dos-cuidados-de-saude-na-preconcecao-gravidez-e-puerperio-pdf.aspx.

- **Lei n.º 23/2007, de 4 de julho**: aprova o regime jurídico de entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional - disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/157353880/202103121350/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Lei n.º 27/2008, de 30 de junho**: estabelece as condições e procedimentos de concessão de asilo ou proteção subsidiária e os estatutos de requerente de asilo, de refugiado e de proteção subsidiária, transpondo para a ordem jurídica interna as Diretivas n.os 2004/83/CE, do Conselho, de 29 de Abril, e 2005/85/CE, do Conselho, de 1 de Dezembro – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2008-74902145.

- **Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro**: aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de agosto – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/114799005/202103121422/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio**: estabelece o processo de classificação dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do Serviço Nacional de Saúde e define o processo de criação e revisão das Redes de Referenciação Hospitalar – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/portaria/2016-177085037.

- **Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho**: cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/114448786/202103081440/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro**: cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência - disponível para consulta em

https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/8-2010-616776. Alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro, que clarifica os termos da responsabilidade civil das unidades, equipas e pessoal da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental, procedendo à primeira alteração e à republicação do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, e à terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de fevereiro – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/22-2011-280268 -, e alterado, ainda, pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/136-2015-69879425.

- **Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro**: Lei de Bases dos Cuidados Paliativos - disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/lei/52-2012-174841.
- **Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro**: regula, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), a caracterização dos serviços e a admissão nas equipas locais e as condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos - disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/114798987/202103121505/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.
- **Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro**: estabelece o regime jurídico das convenções que tenham por objeto a realização de prestações de saúde aos utentes do SNS no âmbito da rede nacional de prestação de cuidados de saúde – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/139-2013-500052.
- **Decreto-Lei n.º 138/2013, de 9 de outubro**: define as formas de articulação do Ministério da Saúde e os estabelecimentos e serviços do SNS com as IPSS, bem como estabelece o regime de devolução às Misericórdias dos hospitais objeto das medidas previstas nos Decretos-Leis n.os 704/74, de 7 de dezembro, e 618/75, de 11 de novembro, atualmente geridos por estabelecimentos ou serviços do SNS – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/138-2013-500051.
- **Lei n.º 56/79, de 15 de setembro**: cria o SNS – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/75088180/202103121526/73316626/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=diploma.

- **Decreto-Lei n.º 57/86, de 20 de março**: regulamenta as condições de exercício do direito de acesso ao SNS – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/57-1986-196885.

- **Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro**: regula o acesso às prestações do SNS por parte dos utentes no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/147403282/202103091323/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Lei n.º 46/2020, de 20 de agosto**: aprova o Estatuto do Antigo Combatente e procede à sétima alteração ao Decreto-Lei n.º 503/99, de 20 de novembro, à primeira alteração à Lei n.º 9/2002, de 11 de fevereiro, e à primeira alteração à Lei n.º 3/2009, de 13 de janeiro – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/lei/46-2020-140631237.

- **Lei n.º 108/2017, de 23 de novembro**: estabelece medidas de apoio às vítimas dos incêndios florestais ocorridos entre 17 e 24 de junho de 2017, bem como medidas urgentes de reforço da prevenção e combate a incêndios florestais – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/117352437/202103132350/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Despacho n.º 4703/2018, de 14 de maio**: determina o direito ao acompanhamento gratuito pelo Serviço Nacional de Saúde às vítimas dos incêndios ocorridos entre os dias 17 e 24 de junho e 15 e 16 de outubro de 2017, nos concelhos identificados no anexo I da Resolução do Conselho de Ministros n.º 4/2018, de 10 de janeiro - disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/4703-2018-115293133.

- **Decreto-Lei n.º 202/96, de 23 de outubro**: estabelece o regime de avaliação de incapacidade das pessoas com deficiência para efeitos de acesso às medidas e benefícios previstos na lei - disponível para consulta em https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/1996-175043529.

- **Portaria n.º 311-D/2011, de 27 de dezembro**: estabelece os critérios de verificação da condição de insuficiência económica dos utentes para efeitos de isenção de taxas moderadoras e de outros encargos de que dependa o acesso às prestações de

saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/70338175/202103121616/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Decreto-Lei n.º 398/98, de 17 de dezembro**: Lei-Geral Tributária – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/158286893/202103101029/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Circular Informativa n.º 1/2020/ACSS, de 3 de março, da ACSS**: prazo de prescrição de taxas moderadoras - disponível para consulta em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Informativa-1_2020_Prazo-de-prescricao-de-Taxas-moderadoras.pdf.

- **Circular Informativa n.º 10/2020/ACSS, de 18 de setembro, da ACSS**: taxa moderadora; terceiro responsável pelo encargo – disponível para consulta em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/Circular_Informativa_10_2020.pdf.

- **Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril**: altera o Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes dos serviços de saúde – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/lei/15-2014-106901297.

- **Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril**: regula o Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes ao Serviço Nacional de Saúde (SIGA SNS) – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/147-2017-106938486.

- **Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio**: define os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) no SNS para todo o tipo de prestações de saúde sem caráter de urgência e aprova e publica a Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/153-2017-106970981.

- **Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro**: aprova o Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) e revoga a Portaria n.º 1450/2004, de 25 de Novembro – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/45-2008-248272 -, alterada pela Portaria n.º 179/2014, de 11 de setembro: altera o anexo da Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro, que aprova o Regulamento do

Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/179-2014-56727880.

- **Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho**: aprova os Regulamentos e as Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde, procede à regulamentação do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), que passa a integrar o Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA SNS), e define os preços e as condições em que se pode efetuar a remuneração da produção adicional - disponível para consulta em https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/portaria/2017-116351585.

- **Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto**: determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação. Revoga os Despachos n.os 18459/2006, de 30 de julho, 24681/2006, de 25 de outubro e 727/2007, de 18 de dezembro de 2006 – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457.

- **Despacho n.º 1057/2015, de 2 de fevereiro**: estabelece disposições no âmbito do Sistema de Triagem de Manchester (MTS) – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1057-2015-66396673.

- **Norma n.º 002/2018, de 9 de janeiro, da DGS**: sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata – disponível para consulta em https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx.

- **Lei n.º 16/2007, de 17 de abril**: exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/105737305/202105261212/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho**: estabelece as medidas a adotar nos estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos com vista à realização da interrupção da gravidez nas situações previstas no artigo 142.º do

Código Penal - disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/741-a-2007-442119.

- **Circular normativa n.º 8/2007, de 7 de novembro, da ACSS**: Interrupção Voluntária da Gravidez – disponível para consulta em http://www.acss.min-saude.pt//circulares/Circular_Normativa/2007/Circular_Normativa_8_2007.pdf.
- **Circular Normativa n.º 9/SR, de 21 de junho de 2007, da DGS**: interrupção medicamentosa da gravidez – disponível para consulta em https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-09sr-de-21062007-pdf.aspx.
- **Circular Normativa n.º 10/SR, de 21 de junho de 2007, da DGS**: interrupção cirúrgica da gravidez até às 10 semanas de gestação – disponível para consulta em https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-10sr-de-21062007-pdf.aspx.
- **Circular Normativa n.º 11/SR, de 21 de junho de 2007, da DGS**: organização dos serviços para implementação da Lei 16/2007, de 17 de abril – disponível para consulta em https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-11sr-de-21062007-pdf.aspx.
- **Despacho n.º 3571/2013, de 6 de março**: determina que os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, (SNS) devem intensificar a utilização das tecnologias de informação e comunicação de forma a promover e garantir o fornecimento de serviços de telemedicina aos utentes do SNS – disponível para consulta em https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/3571-2013-1759945.
- **Despacho n.º 8445/2014, de 30 de junho**: reforça a implementação da estratégia para uma Rede de Telemedicina no Serviço Nacional de Saúde – disponível para consulta em https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/8445-2014-25687862.
- **Circular Normativa n.º 3/2021/DPS/ACSS, de 26 de fevereiro**: condições e procedimentos de pagamento das prestações de saúde realizadas aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde que devam ser cobradas pelas Instituições Hospitalares ao abrigo dos Contratos-Programa 2020 e 2021 – disponível para consulta em https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/03/Circular_Normativa_3_2021.pdf.

- **Portaria n.º 260/2014, de 15 de dezembro**: aprova o Regulamento do Transporte de Doentes – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/114999075/202103101503/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Decreto-Lei n.º 38/92, de 28 de março**: regula a atividade de transporte de doentes – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/38-1992-187932. Alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 24/2023, de 6 de abril: simplifica o processo de autorização para o exercício da atividade de transporte de doentes e estabelece o regime contraordenacional – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/24-2023-211499215.

- **Portaria n.º 142-B/2012, de 15 de maio**: define as condições em que o SNS assegura os encargos com o transporte não urgente de doentes que seja instrumental à realização das prestações de saúde – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/107532877/202103101508/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Decreto-Lei n.º 34/2012, de 14 de fevereiro**: aprova a orgânica do Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P. – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2012-210537249.

- **Despacho n.º 14041/2012, de 29 de outubro**: determina que o Centro de Orientação de Doentes Urgentes é uma estrutura de coordenação operacional centralizada de toda a atividade do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/14041-2012-2746199.

- **Regulamento n.º 964/2020, de 3 de novembro, da ERS**: transferência de utentes entre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/964-2020-147432245.

- **Despacho n.º 3796-A/2017, de 5 de maio**: estabelece disposições sobre a rentabilização dos equipamentos e dos recursos humanos do SNS e a subcontratação a entidades externas – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/3796-a-2017-106966945.

- **Portaria n.º 347/2013, de 28 de novembro**: estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das unidades privadas de diálise que prossigam atividades terapêuticas no âmbito da hemodiálise e outras técnicas de depuração extracorporal afins ou de diálise peritoneal crónica - disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/347-2013-484161.

- **Circular Normativa n.º 22/DQS, de 23 de dezembro de 2009, da DGS**: procedimentos reguladores da transferência sanitária de doentes portugueses internados em unidades hospitalares localizadas no espaço da União Europeia, Espaço Económico Europeu e Suíça – disponível para consulta em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/08/CircularNormativan22DQS.pdf.

- **Circular Normativa n.º 04/DCI, de 16 de abril de 2004, da DGS**: normas gerais de encaminhamento e assistência a doentes oriundos dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) ao abrigo dos Acordos de Cooperação no domínio da saúde – disponível para consulta em https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-4dci-de-16042004-pdf.aspx.

- **Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto**: estabelece normas de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços e promove a cooperação em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, transpondo a Diretiva n.º 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, e a Diretiva de Execução n.º 2012/52/UE da Comissão, de 20 de dezembro de 2012 – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/lei/52-2014-56346572.

- **Circular Normativa n.º 27/2014/DPS/ACSS, de 30 de setembro, da ACSS**: cuidados de saúde transfronteiriços – linhas de orientação para a adoção de medidas de restrição ao acesso a cuidados de saúde no SNS – disponível para consulta em http://www.acss.min-saude.pt//circulares/Circular_Normativa/2014/Circular_Normativa_27_2014.pdf.

- **Decreto-Lei n.º 177/92, de 13 de agosto**: estabelece o regime de prestação de assistência médica no estrangeiro aos beneficiários do SNS – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/177-1992-283299.

- **Circular Normativa n.º 08/DSPCS, de 25 de junho de 2002, da DGS**: assistência médica no estrangeiro – disponível para consulta em https://sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/0F0689E2-F4D1-40CF-B6EE-E42EB0078564/0/005616.pdf.

- **Circular Informativa n.º 15/DQS/DMD, de 22 de abril de 2010, da DGS**: serviço de tradução telefónica de apoio a cidadãos estrangeiros – disponível para consulta em https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-15dqsdmd-de-22042010-pdf.aspx.

- **Circular Informativa n.º 16/DQS/DMD, de 22 de abril de 2010, da DGS: assistência médica no estrangeiro** – comunicação da informação clínica relativa aos cuidados de saúde prestados em estabelecimento de saúde estrangeiro – disponível para consulta em https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-16dqsdmd-de-22042010-pdf.aspx.

- **Orientação n.º 003/2010, de 29 de setembro de 2010, da DGS**: acesso a cuidados de saúde programados na União Europeia, Espaço Económico Europeu e Suíça – disponível para consulta em https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0032010-de-29092010-pdf.aspx.

- **Diretiva 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços** – disponível para consulta em https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&from=EN.

- **Diretiva de Execução n.º 2012/52/UE da Comissão, de 20 de dezembro de 2012, que estabelece medidas para facilitar o reconhecimento de receitas médicas emitidas noutro Estado-Membro** – disponível para consulta em https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32012L0052&from=EN.

- **Circular Informativa n.º 50/DQS, de 23 de dezembro de 2009, da DGS**: utilização do Cartão Europeu de Seguro de Doença e do Formulário E112 no âmbito do acesso a cuidados de saúde na União Europeia, Espaço Económico Europeu e Suíça – disponível para consulta em https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-50dqs-de-23122009-pdf.aspx.

- **Portaria n.º 1359/2009, de 27 de outubro**: aprova o modelo de Cartão Europeu de Seguro de Doença – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/1359-2009-483126.

- **Despacho n.º 11713/2014, de 19 de setembro**: designa a ACSS como ponto de contacto nacional para os cuidados de saúde transfronteiriços – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/11713-2014-56938116.

- **Circular informativa n.º 5/2015/DPS/ACSS, de 16 de janeiro, da ACSS**: informação sobre os direitos referentes à obtenção de cuidados de saúde transfronteiriços e condições para o reembolso dos custos – disponível para consulta em http://www.acss.min-saude.pt//circulares/Circular_Informativa/2015/Circular_Informativa_5_2015.pdf.

- **Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio:** aprova o regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos, altera as regras a que obedece a avaliação prévia de medicamentos para aquisição pelos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, procedendo à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 195/2006, de 3 de outubro, e modifica o regime de formação do preço dos medicamentos sujeitos a receita médica e dos medicamentos não sujeitos a receita médica comparticipados, procedendo à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 65/2007, de 14 de março - disponível para consulta em https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2010-34446775.

- **Portaria n.º 191/2014, de 25 de setembro**: define os cuidados de saúde transfronteiriços sujeitos a autorização prévia – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/191-2014-57462077.

- **Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto**: estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano, transpondo a Diretiva n.º 2001/83/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 6 de Novembro, que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano, bem como as Diretivas n.os 2002/98/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de janeiro, 2003/63/CE, da Comissão, de 25 de junho, e 2004/24/CE e 2004/27/CE, ambas do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de março, e altera o Decreto-Lei n.º 495/99, de 18 de novembro – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/135710696/202103101834/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Despacho n.º 11042-F/2014, de 29 de agosto**: aprova modelo de receita médica passível de reconhecimento em qualquer Estado-Membro da União Europeia nos termos do n.º 2 do artigo 15.º da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto - disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/11042-f-2014-56384957.

- **Despacho n.º 11778/2014, de 22 de setembro**: determina que as receitas médicas de dispositivos médicos, prescritos noutros Estados membros da União Europeia, são reconhecidas em Portugal, caso reúnam os requisitos estipulados – disponível para consulta em https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/11778-2014-57152349.

- **Decreto-Lei n.º 45002, de 27 de abril de 1963 (revogado):** cria a Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado (ADSE), destinada a promover gradualmente a prestação de assistência em todas as formas de doença aos serventuários dos serviços civis do Estado, incluindo os dotados de autonomia administrativa e financeira – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/45002-1963-628294.

- **Decreto n.º 45688, de 27 de abril de 1964 (revogado):** promulga o Regulamento da Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/decreto/45688-1964-582660.

- **Decreto-Lei n.º 7/2017, de 9 de janeiro**: cria o Instituto de Proteção e Assistência na Doença, I. P. – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/115287289/202103101849/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril**: estabelece o regime jurídico do contrato de seguro – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/105326879/202103122241/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Lei n.º 37/2006, de 9 de agosto**: regula o exercício do direito de livre circulação e residência dos cidadãos da União Europeia e dos membros das suas famílias no território nacional e transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2004/38/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de abril – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/lei/37-2006-538604.

- **Decreto-Lei n.º 10/2009, de 12 de janeiro**: estabelece o regime jurídico do seguro desportivo obrigatório – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-

/lc/73388882/202103122246/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Lei n.º 147/2015, de 9 de setembro**: aprova o regime jurídico de acesso e exercício da atividade seguradora e resseguradora, bem como o regime processual aplicável aos crimes especiais do setor segurador e dos fundos de pensões e às contraordenações cujo processamento compete à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, transpondo a Diretiva 2009/138/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 25 de novembro de 2009, procede à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 12/2006, de 20 de janeiro, à primeira alteração ao regime jurídico do contrato de seguro, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril, à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 40/2014, de 18 de março, e revoga o Decreto de 21 de outubro de 1907 e o Decreto-Lei n.º 90/2003, de 30 de abril – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/145231975/202103101911/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=diploma.

- **Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro**: estabelece o regime jurídico das convenções que tenham por objeto a realização de prestações de saúde aos utentes do Serviço Nacional de Saúde no âmbito da rede nacional de prestação de cuidados de saúde – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/139-2013-500052.

- **Lei n.º 38/2004, de 18 de agosto**: define as bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/lei/38-2004-480708.

- **Decreto-Lei n.º 74/2007, de 27 de março**: consagra o direito de acesso das pessoas com deficiência acompanhadas de cães de assistência a locais, transportes e estabelecimentos de acesso público, revogando o Decreto-Lei n.º 118/99, de 14 de abril – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/74-2007-520261.

- **Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de agosto**: aprova o regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais, revogando o Decreto-Lei n.º 123/97, de 22 de maio – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-

/lc/123222381/202103102145/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Decreto-Lei n.º 93/2009, de 16 de abril**: aprova o sistema de atribuição de produtos de apoio a pessoas com deficiência e a pessoas com incapacidade temporária – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/130791245/202103102147/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Decreto-Lei n.º 58/2016, de 29 de agosto**: institui a obrigatoriedade de prestar atendimento prioritário às pessoas com deficiência ou incapacidade, pessoas idosas, grávidas e pessoas acompanhadas de crianças de colo, para todas as entidades públicas e privadas que prestem atendimento presencial ao público – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/156248420/202103130956/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Lei n.º 46/2006, de 28 de agosto**: proíbe e pune a discriminação em razão da deficiência e da existência de risco agravado de saúde – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2006-156233888.

- **Decreto-Lei n.º 34/2007, de 15 de fevereiro**: regulamenta a Lei n.º 46/2006, de 28 de agosto, que tem por objeto prevenir e proibir as discriminações em razão da deficiência e de risco agravado de saúde – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/34-2007-518015.

- **Lei n.º 93/2017, de 23 de agosto**: estabelece o regime jurídico da prevenção, da proibição e do combate à discriminação, em razão da origem racial e étnica, cor, nacionalidade, ascendência e território de origem – disponível para consulta em https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2017-108045481.

- **Decreto-Lei n.º 433/82, de 27 de outubro**: institui o ilícito de mera ordenação social e respetivo processo – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/107671399/202103102159/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Despacho n.º 5911-B/2016, de 3 de maio**: estabelece disposições para a referenciação do utente, para a realização da primeira consulta hospitalar, em

qualquer das unidades hospitalares do SNS onde exista a especialidade em causa – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5911-b-2016-74334097.

Direito a cuidados de saúde de qualidade

- **Código Penal** – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/141459984/202103102233/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.
- **Orientação n.º 011/2012, de 30 de julho, da DGS**: análise de Incidentes e de Eventos Adversos – disponível para consulta em https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0112012-de-30072012-jpg.aspx.
- **Regulamento n.º 66/2015, de 11 de fevereiro:** estabelece as regras do registo obrigatório no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) dos estabelecimentos sujeitos à jurisdição regulatória da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), nos termos previstos no artigo 4.º n.º 2 dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, as respetivas atualizações, suspensão, cessação e anulação e, bem assim, o pagamento da taxa de registo e das demais contribuições regulatórias – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/66-2015-66479037.
- **Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 de agosto**: estabelece o regime jurídico a que ficam sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2014-75045539.
- **Norma n.º 017/2022, de 19 de dezembro, da DGS**: Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente – disponível para consulta em https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma_017_2022-de-19_12_2022-pdf.aspx.

Direito à decisão livre e informada: consentimento e recusa

- **Lei n.º 24/96, de 31 de julho**: estabelece o regime legal aplicável à defesa dos consumidores – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/123915594/202103102257/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Código Civil** – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/147103599/202103102245/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=diplomasModificantes.

- **Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro**: informação genética pessoal e informação de saúde – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/106487526/202103102305/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Norma n.º 015/2013, de 3 de outubro, da DGS, atualizada a 4 de novembro de 2015: Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito** – disponível para consulta em https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx.

- **Lei n.º 3/84, de 24 de março: educação sexual e planeamento familiar** – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/lei/3-1984-661903.

- **Lei n.º 12/93, de 22 de abril**: colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/152166514/202105262252/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Lei n.º 12/2009, de 26 de março**: estabelece o regime jurídico da qualidade e segurança relativa à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana, transpondo para a ordem jurídica interna as Directivas n.os 2004/23/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março, 2006/17/CE, da Comissão, de 8 de Fevereiro, e 2006/86/CE, da Comissão, de 24 de Outubro – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-

/lc/107958227/202105262254/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Circular Informativa n.º 184/CD INFARMED, de 12 de novembro de 2010**: utilização de medicamentos off-label – disponível para consulta em https://www.infarmed.pt/documents/15786/1151579/8668342.PDF/10cc8dad-2d7d-4a63-8cc5-c4445f6a44af?version=1.0.

- **Lei n.º 31/2018, de 18 de julho**: direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/lei/31-2018-115712240.

- **Norma n.º 010/2015, de 15 de junho, da DGS**: modelo de funcionamento das teleconsultas – disponível para consulta em https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102015-de-15062015-pdf.aspx.

- **Decreto-Lei n.º 108/2018, de 3 de dezembro**: estabelece o regime jurídico da proteção radiológica, transpondo a Diretiva 2013/59/Euratom – disponível para consulta em https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2018-117202808.

- **Lei n.º 22/2023, de 25 de maio**: regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal – disponível para consulta em https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/22-2023-213498831.

- **Lei n.º 35/2023, de 21 de julho**: aprova a Lei da Saúde Mental, altera legislação conexa, o Código Penal, o Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade e o Código Civil e revoga a Lei n.º 36/98, de 24 de julho – disponível para consulta em https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339.

- **Lei n.º 147/99, de 1 de setembro**: Lei de proteção de crianças e jovens em perigo – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/115530795/202103111048/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Lei n.º 166/99, de 14 de setembro**: aprova a Lei Tutelar Educativa – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/1999-34539875.

- **Decreto-Lei n.º 238/2015, de 14 de outubro**: estabelece o regime jurídico das práticas de publicidade em saúde – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/238-2015-70686132.

- **Decreto-Lei n.º 57/2008, de 26 de março**: estabelece o regime aplicável às práticas comerciais desleais das empresas nas relações com os consumidores, ocorridas antes, durante ou após uma transação comercial relativa a um bem ou serviço - disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/156248400/202103141009/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Regulamento n.º 1058/2016, de 24 de novembro, da ERS**: regulamento do regime jurídico a que devem obedecer as práticas de publicidade em saúde; estabelece as regras sobre os elementos de identificação dos intervenientes a favor de quem são efetuadas as práticas de publicidade em saúde, bem como os elementos que devem constar na mensagem ou informação publicitada, para efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 4.º e n.º 1 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 238/2015, de 14 de outubro – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/1058-2016-75796236.

- **Lei n.º 25/2012, de 16 de julho**: regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/116042189/202103111118/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Portaria n.º 104/2014, de 15 de maio**: aprova o modelo de diretiva antecipada da vontade – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/104-2014-25343677.

- **Circular Informativa n.º 5/2014, de 24 de junho, dos SPMS**: RENTEV – Registo Nacional de Testamento Vital – disponível para consulta em https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/01/Circular-Informativa-Conjunta-DGS-SPMS-RENTEV.pdf.

- **Portaria n.º 96/2014, de 5 de maio**: regulamenta a organização e funcionamento do Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-

/lc/115348876/202103131053/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

Direito de acesso à informação clínica e direito à proteção de dados

- **Lei n.º 21/2014, de 16 de abril**: aprova a investigação clínica – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/116042195/202103140034/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto**: aprova o regime de acesso à informação administrativa e ambiental e de reutilização dos documentos administrativos, transpondo a Diretiva 2003/4/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 28 de janeiro, e a Diretiva 2003/98/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 17 de novembro – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/139991591/202103111447/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Diretiva 2003/4/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 28 de janeiro de 2003, relativa ao acesso do público às informações sobre ambiente e que revoga a Directiva 90/313/CEE do Conselho** - disponível para consulta em https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:041:0026:0032:PT:PDF.

- **Diretiva 2003/98/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 17 de novembro de 2003, relativa à reutilização de informações do sector público** – disponível para consulta em https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:345:0090:0096:pt:PDF.

- **Regulamento (UE) n.º 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados)** – disponível para consulta em https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&from=PT.

- **Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto**: assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/lei/58-2019-123815982.

Direito à assistência espiritual e religiosa

- **Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia** – disponível para consulta em https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32000X1218(01)&from=EN.
- **Lei n.º 16/2001, de 22 de junho**: lei da liberdade religiosa – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/106639383/202103111538/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.
- **Decreto-Lei n.º 253/2009, de 23 de setembro**: aprova o Regulamento da Assistência Espiritual e Religiosa no Serviço Nacional de Saúde – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/253-2009-490426.

Direito ao acompanhamento

- **Despacho n.º 6668/2017, de 2 de agosto**: estabelece disposições sobre o direito de acompanhamento de criança ou jovem, com idade inferior a 18 anos, em situação de intervenção cirúrgica, igualmente aplicável a pessoas maiores de idade com deficiência ou em situação de dependência, no momento da indução anestésica e durante o recobro cirúrgico – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/6668-2017-107794485.

Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida

- **Lei n.º 31/2018, de 18 de julho**: Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/lei/31-2018-115712240.

Direito a ser representado ou a constituir associações de defesa dos seus direitos

- **Lei n.º 44/2005, de 29 de agosto**: lei das associações de defesa dos utentes de saúde – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/lei/44-2005-245300.
- **Portaria n.º 535/2009, de 18 de maio**: regula o processo de reconhecimento do âmbito e da representatividade, o registo e as formas de apoio das associações de defesa dos utentes de saúde – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/535-2009-608694.
- **Lei n.º 108/2019, de 9 de setembro**: Carta para a Participação Pública em Saúde – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/lei/108-2019-124539903.
- **Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro**: concretiza o quadro de transferência de competências para os órgãos municipais e para as entidades intermunicipais no domínio da saúde – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/139876381/202103131133/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

Direito a reclamar e apresentar queixa

- **Decreto-Lei n.º 74/2017, de 21 de junho**: implementa as medidas SIMPLEX+ 2016 «Livro de reclamações on-line», «Livro de reclamações amarelo» e «Atendimento Público avaliado» – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/74-2017-107541411.
- **Decreto-Lei n.º 156/2005, de 15 de setembro**: estabelece a obrigatoriedade de disponibilização do livro de reclamações a todos os fornecedores de bens ou prestadores de serviços que tenham contacto com o público em geral – disponível para consulta em https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/155881887/202103131137/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.
- **Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril**: define os princípios gerais de ação a que devem obedecer os serviços e organismos da Administração Pública na sua atuação face ao cidadão, bem como reúne de uma forma sistematizada as normas vigentes no contexto da modernização administrativa – disponível para consulta em

https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/107532883/202103081133/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice.

- **Regulamento n.º 65/2015, de 11 de fevereiro, da ERS**: define os termos, as regras e as metodologias que presidem ao sistema de gestão de reclamações da ERS, bem como os princípios orientadores e as obrigações que impendem sobre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde nesta matéria – disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/65-2015-66479036.

- **Lei n.º 29/2013, de 19 de abril**: estabelece os princípios gerais aplicáveis à mediação realizada em Portugal, bem como os regimes jurídicos da mediação civil e comercial, dos mediadores e da mediação pública – disponível para consulta em https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/29-2013-260394.

- **Regulamento n.º 628/2015, de 17 de setembro, da ERS**: estabelece as condições e requisitos de funcionamento do procedimento de resolução de conflitos da ERS, incluindo a mediação ou conciliação de conflitos - disponível para consulta em https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/628-2015-70322688.

ANEXO II – INTERVENÇÃO DA ERS

- **Análise do Impacto da Diretiva dos Cuidados de Saúde Transfronteiriços, junho de 2017, ERS** – disponível para consulta em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/2048/ERS_-_Estudo_Impacto_Diretiva_CST.pdf.

- **Nota Informativa n.º 1/2020, de 8 de abril, da ERS**: regularização da situação de permanência de cidadãos estrangeiros em Portugal e o acesso à prestação de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS) – disponível para consulta em https://www.ers.pt/media/l4gjqpzx/nota-informativa-1_20.pdf.

- **Alerta de Supervisão n.º 6/2020, de 8 de abril**: acesso de cidadãos estrangeiros a cuidados de saúde no SNS – em especial, no âmbito da situação atual de pandemia SARS-CoV-2 e de infeção epidemiológica por COVID-19 – disponível para consulta em http://ers.pt/media/j3tfcgdu/atualização-alerta-de-supervisão-n-º-6-2020.pdf.

- **Alerta da ERS, de 30 de setembro de 2018**: informação sobre Taxas Moderadoras – disponível para consulta em https://www.ers.pt/media/2870/taxas-moderadoras_website_novo.pdf.

- **Parecer da ERS sobre o tratamento de utentes no SNS que sejam beneficiários da ADSE, de 13 de janeiro de 2015** – disponível para consulta em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1223/Parecer_SNS_ADSE.pdf.

- **Alerta de Supervisão n.º 14/2020, de 20 de novembro**: publicação do Regulamento n.º 964/2020, de 3 de novembro, sobre Transferência de Utentes entre Estabelecimentos Prestadores de Cuidados de Saúde – disponível para consulta em https://www.ers.pt/media/v3jjzum2/alerta-de-supervisão-regulamento-sobre-transferência-de-utentes-entre-epcs.pdf.

- **Alerta da ERS, de 29 de novembro de 2018**: informação sobre atendimento prioritário - disponível para consulta em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/2398/PT_36-2018-DU_Alerta__atendimento_priorit_rio.pdf.

- **Alerta de Supervisão n.º 1/2019, de 13 de dezembro**: tratamento de dados pessoais necessários à prestação de cuidados de saúde – disponível para consulta em https://www.ers.pt/media/tvqjid3u/file-154.pdf.

- **Alerta de Supervisão n.º 11/2020, de 3 de julho**: gravidez e parto em contexto de epidemia SARS-CoV-2 e de infeção epidemiológica por COVID-19, e que atualiza o Alerta de Supervisão n.º 8/2020, de 17 de abril, da ERS – disponível para consulta em https://www.ers.pt/media/mn3fvdoa/file-165.pdf.

- **Alerta de Supervisão n.º 2/2021, de 5 de março**: exercício do direito ao acompanhamento durante o parto, no âmbito da situação atual de pandemia SARS-CoV-2 e de infeção epidemiológica por COVID-19 – disponível para consulta em https://ers.pt/media/ldtnk2qw/alerta_de_supervis_o_atualiza__o_2_2021.pdf.

- **Alerta de Supervisão n.º 2/2023, de 23 de outubro**: fim da vigência da Orientação da Direção-Geral da Saúde (DGS) n.º 18/2020, de 30 de março de 2020, sobre Gravidez e Parto no âmbito da resposta à epidemia por SARS-CoV-2 e à doença COVID-19 – disponível para consulta em https://ers.pt/media/tglhg2ly/alerta-de-supervis%C3%A3o-2-2023-vers%C3%A3o-publica%C3%A7%C3%A3o.pdf.

- **Alerta de Supervisão n.º 3/2022, de 7 de outubro:** submissão de reclamações à ERS recebidas pelos prestadores de cuidados de saúde através da plataforma digital Portal da Queixa e cumprimento do regime jurídico das práticas de publicidade em saúde em qualquer publicidade veiculada através da referida plataforma – disponível para consulta em https://ers.pt/media/3c3pltw3/alerta-de-supervis%C3%A3o_3_2022.pdf.

- **Alerta de Supervisão n.º 5/2022, de 21 de dezembro**: submissão de reclamações, elogios e sugestões à ERS e obrigação de envio de alegações e de resposta ao reclamante no âmbito da respetiva tramitação – disponível para consulta em https://ers.pt/media/vtgh1wo0/alerta-de-supervis%C3%A3on%C2%BA5-submiss%C3%A3o-de-reclama%C3%A7%C3%B5es-elogios-e-sugest%C3%B5es-%C3%A0-ers.pdf.

- **Alerta de Supervisão n.º 1/2023, de 11 de agosto**: direito à reclamação dos utentes do sistema de saúde: disponibilização, imediata e gratuita, do livro de reclamações, sempre que solicitado, independentemente do conteúdo, da pertinência dos factos reclamados e/ou da identificação do autor da reclamação – disponível para consulta em https://ers.pt/media/exbea001/alerta-de-supervis%C3%A3o-n-%C2%BA-1-2023-garantia-do-direito-%C3%A0-reclama%C3%A7%C3%A3o-dos-utentes-do-sistema-de-sa%C3%BAde-4.pdf.

- **Alerta de Supervisão n.º 3/2023, de 14 de novembro**: acesso dos utentes aos elementos do seu processo clínico – disponível para consulta em https://ers.pt/media/bgfi2ic2/alerta-de-supervis%C3%A3o-3-2023.pdf.

- **Alerta de Supervisão n.º 5/2023, de 29 de novembro**: cumprimento das obrigações relativas à tramitação de reclamações e de atualização de dados de registo junto da Entidade Reguladora da Saúde no âmbito da reestruturação prevista no Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro – disponível para consulta em https://ers.pt/media/bcqidjwy/alerta-de-supervis%C3%A3o_5_2023.pdf.

- **Alerta de Supervisão n.º 1/2024, de 10 de janeiro**: impacto da criação e reestruturação de Unidades Locais de Saúde no que diz respeito ao cumprimento das suas obrigações perante a Entidade Reguladora da Saúde – disponível para consulta em https://ers.pt/media/argfdnxc/alsupervis%C3%A3o-final_versao-final-publicacao.pdf.

- **Alerta de Supervisão n.º 2/2024, de 4 de abril**: estudo sobre a linha SNS 24 e o impacto no acesso à prestação de cuidados de saúde – disponível para consulta em https://www.ers.pt/media/ozonkmzy/alerta_supervisao-2-2024.pdf.
- **Alerta de Supervisão n.º 3/2024, de 9 de abril**: direito ao acompanhamento de pessoas com deficiência, em situação de dependência, com doença incurável em estado avançado ou em estado final de vida – disponível para consulta em https://www.ers.pt/media/mxlbivo4/alerta_supervisao3-2024-09042024.pdf.
- **Alerta de Supervisão n.º 4/2024, de 10 de julho**: publicidade a Serviço de Urgência, Serviço de Atendimento Permanente e expressões afins, por entidades que exploram estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, de natureza privada – disponível para consulta em https://www.ers.pt/media/wirbhj42/alerta-supervis%C3%A3o-n04-2024-publicidade-a-servi%C3%A7o-de-urg%C3%AAncia.pdf.
- **Alerta de Supervisão n.º 5/2024, de 18 de julho**: obrigações do prestador de cuidados de saúde do setor privado, cooperativo e social relativas ao formato eletrónico do livro de reclamações – disponível para consulta em https://www.ers.pt/media/fuam0eaw/alerta_supervisao_05_2024_lre.pdf.
- **Alerta de Supervisão n.º 7/2024, de 2 de setembro**: direitos dos utentes na prestação de teleconsultas – disponível para consulta em https://ers.pt/media/kgahrh2u/alerta-supervis%C3%A3o07-2024-teleconsultas.pdf.
- **Recomendação da ERS de 11/03/2011** – disponível para consulta em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/145/Recomendacao_Orcamentos.pdf.
- **Recomendação da ERS de 16/10/2020** – disponível para consulta em https://www.ers.pt/media/1mym2p3t/publica%C3%A7%C3%A3o-de-delibera%C3%A7%C3%A3o-ers_3_2017.pdf.

ANEXO III – JURISPRUDÊNCIA

- **Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 330/89, de 11 de abril** – disponível para consulta em http://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/19890330.html.

- **Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 731/95, de 14 de dezembro** – disponível para consulta em http://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/19950731.html.

ANEXO IV – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **Constituição da República Portuguesa Anotada**, J.J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, Coimbra Editora, Vol. I, 2007.
- **Constituição Portuguesa Anotada**, Jorge Miranda e Rui Medeiros, Coimbra Editora, Tomo I, 2005.

RUA S. JOÃO DE BRITO, 621 L32
4100-455 PORTO - PORTUGAL
T +351 222 092 350
GERAL@ERS.PT
WWW.ERS.PT