

PORTUGAL*

A. ENQUADRAMENTO GERAL

1. INTRODUÇÃO: 1.1. Quadro jurídico geral. 1.2. Instituições. 1.3. Planos.- 2. SISTEMA DE SAÚDE: 2.1. Princípios, estrutura e meios. 2.2. Participação.- 3. PREVENÇÃO E SAÚDE PÚBLICA: 3.1. Promoção Social da Saúde. 3.2. Política de saúde pública.- 4. DIREITOS: 4.1. Direito à saúde. 4.2. Direito ao medicamento. 4.3. Outros direitos relacionados com a saúde.- 5. GARANTIAS: 5.1. Direito Penal e de Mera Ordenação Social. 5.2. Obrigações da administração 5.3. Procedimentos extrajudiciais de reclamação. 5.4. Indemnização por danos.- 6. SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS: 6.1. Mulher. 6.2. Crianças e Adolescentes. 6.3. Minorias.- 7. PROBLEMAS PARTICULARES. 7.1. Saúde Mental. 7.2. Reprodução assistida. 7.3. Apoio social e sanitário. 7.4. Pessoas portadoras de deficiência (física e mental). 7.5. Transplantes. 7.6. Doenças epidémicas. 7.7. Doenças crónicas. 7.8. Urgências médicas. 7.9. Cuidados paliativos. 7.10. Terceira Idade. 8. CONSIDERAÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE O VIH/SIDA.- 9. FONTES NA INTERNET

1. INTRODUÇÃO

1.1. O direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover¹ encontra-se constitucionalmente consagrado no capítulo dos direitos fundamentais (art.º 64.º).² Este direito – na sua dimensão preceptiva como programática - é principalmente assegurado através da garantia institucional de um SNS, universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito (art.º 64.º, n.º 2). Incumbe especialmente ao Estado garantir a execução desde direito, através do exercício de competências legislativas como administrativas, na prática de actividades materiais extensas. A concretização deste direito tem como textos jurídicos fundamentais a LBS³ e o ESNS,⁴ assim se criando um patamar normativo que, de

* **Principais Abreviaturas:** ADSE = Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública; AR = Assembleia da República; CC = Código Civil; CE = Conselho da Europa; CP = Código Penal; CRP = Constituição da República Portuguesa de 1976; DGS = Direcção-Geral da Saúde; DL = Decreto-Lei; EFTA = Associação Europeia de Comércio Livre; ESNS = Estatuto do Serviço Nacional de Saúde; IEFP = Instituto de Emprego e Formação Profissional; IGF = Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde; INE = Instituto Nacional de Estatística; INFARMED = Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento; IQS = Instituto da Qualidade em Saúde; ISHST = Instituto para a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho; LBS = Lei de Bases da Saúde; MS = Ministério da Saúde; OCDE = Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico; OMS = Organização Mundial de Saúde; ONU = Organização das Nações Unidas; PJ = Provedor de Justiça; PNAP = Plano Nacional de Acção para a Prevenção; PNS = Plano Nacional de Saúde; PNV = Plano Nacional de Vacinação; SNS = Serviço Nacional de Saúde; SS = Segurança Social; TC = Tribunal Constitucional; UE = União Europeia.

¹ Este *dever* consagra uma dupla dimensão, a que tem por objecto a própria saúde e a que tem por objecto a saúde dos outros – a saúde pública.

² Versão portuguesa em http://www.parlamento.pt/const_leg/crp_port/index.html; versão castelhana em http://www.parlamento.pt/espanhol/const_leg/crp_esp/index.html

³ Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro; http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_I/lei_48-90.pdf.

⁴ DL n.º 11/93, de 15 de Janeiro, alterado pelos DL n.º 77/96, de 18 de Junho, n.º 53/98, de 11 de Março, n.º 97/98, de 18 de Abril, n.º 401/98, de 17 de Dezembro, n.º 156/98, de 10 de Maio, n.º 157/99, de 10 de Maio, n.º 68/2000, de 26 de Abril, n.º 185/2002, de 20 de Agosto, e n.º 223/2004, de 3 de Dezembro. Cfr. http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_I/0BB9BA4BF8484161E04010AC3120284E.

acordo com o princípio da proibição do retrocesso social⁵, na sua globalidade tem sido entendido como adquirido.

O direito à protecção da saúde, para além da sua dimensão social, surge como instrumental face a direitos preceptivos, como o direito à vida (art.º 24.º), à integridade física (art.º 25.º).

Em termos supralegais mas preterconstitucionais, o direito à saúde deve ser enquadrado nas obrigações de Portugal enquanto membro da UE ou por força da sua vinculação a convenções internacionais nesta matéria.⁶ Portugal é membro da OMS e da OCDE, entidades cujas recomendações são usualmente seguidas e contribuem para a evolução do ordenamento jurídico nacional no que respeita à protecção na saúde. Portugal participa igualmente em diversos Comités no âmbito do CE e EFTA, sendo de destacar também as Reuniões Ibero-americanas de Ministros da Saúde⁷.

Portugal é parte nos normativos internacionais mais importantes⁸, incluindo a recente Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano, conhecida por Convenção de Oviedo.⁹

Nas últimas Observações do Comité de Direitos Económicos, Sociais e Culturais¹⁰ ao 3.º Relatório sobre Portugal¹¹, é de salientar a recomendação feita no que concerne aos esforços no combate à droga, nomeadamente junto dos mais jovens.

Por último, é ainda de referir que o SNS acompanha na generalidade as recomendações da ONU referidas no Comentário Geral n.º 14,¹² sobre o direito ao melhor estado de saúde possível de atingir - art. 12.º do Pacto de Direitos Económicos, Sociais e Culturais.¹³

1.2. Na organização administrativa, as competências relativas à promoção da saúde e do bem-estar da população têm um foco central no Ministério da Saúde.¹⁴

Para o cumprimento desta missão o MS conta com os seguintes serviços centrais.¹⁵

A Secretaria-Geral¹⁶ que tem por função prestar apoio aos membros do Governo, bem como definir, propor e aplicar normas que visem o desenvolvimento dos recursos humanos da saúde e da componente organizacional, numa óptica de dinamização e modernização.

⁵ Para mais considerações sobre este princípio, veja-se a sua definição e defesa pelo TC, em 1984, no seu Acórdão n.º 39/84. Cfr. <http://dre.pt/pdfgratis/1984/05/10400.PDF#page=3>

⁶ Para mais informação consultar <http://www.dgs.pt> (cfr. a página “Assuntos Internacionais”, “Áreas de intervenção” e por fim “Representantes do Min. Saúde” para ampliar esta informação).

⁷ <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006546.pdf> .

⁸ Cfr. convenções assinadas e ratificadas por Portugal em <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/newhvstatusbycountry?OpenView&Start=1&Count=250&Expand=138#138> .

⁹ Ratificação publicada no Diário da República, I-A, em 3 de Janeiro de 2001. Cfr. <http://dre.pt/pdfgratis/2001/01/002A00.PDF#page=2>

¹⁰ Portugal mantém uma colaboração regular com o Comité dos DESC.

¹¹ Texto integral em [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/E.C.12.1.Add.53.En?Opendocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/E.C.12.1.Add.53.En?Opendocument) ; versão espanhola em [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/E.C.12.1.Add.53.Sp?Opendocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/E.C.12.1.Add.53.Sp?Opendocument) .

¹² Adoptado na 22.ª sessão do Comité, em 2000.

¹³ [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument) .

¹⁴ <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/servicos/default.htm>

¹⁵ Está em curso um Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado, cuja execução poderá ocasionar alteração desta estrutura. Verifique-se a documentação disponível em http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MF/Comunicacao/Programas_e_Dossiers/20060330_MEAI_Prog_Prace.htm

¹⁶ <http://www.sg.min-saude.pt/>

A Inspecção-Geral da Saúde, que assegura o cumprimento das leis e regulamentos no sistema de saúde, tendo em vista o bom funcionamento e a qualidade dos serviços e a defesa dos legítimos interesses e bem-estar dos utentes.

A Direcção-Geral de Saúde,¹⁷ que tem por missão promover a saúde, elevando o nível de bem estar físico, mental e social e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, bem como desenvolver uma visão estratégica da evolução do sistema de saúde centrado no cidadão, propondo cenários alternativos, susceptíveis de informar a decisão política e as estratégias apropriadas ao desenvolvimento do SNS e promovendo a aplicação concertada de orientações que concorram para a coesão do sistema de saúde e para o enquadramento dos seus principais actores.

O Instituto da Qualidade em Saúde, ao qual compete a definição e o desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos que visem a melhoria contínua da qualidade na prestação dos cuidados de saúde, promovendo igualmente a melhoria contínua do desempenho nos cuidados de Saúde.

A Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde,¹⁸ com atribuições na área do estudo, projecto e execução de empreitadas e aquisição de bens no domínio das instalações e equipamentos da saúde, assim definindo as normas e orientações técnicas para o projecto, construção e apetrechamento dos grandes empreendimentos da Saúde.

Por sua vez, o Alto Comissariado da Saúde,¹⁹ criado pelo Decreto Regulamentar n.º 7/2005, de 10 de Agosto,²⁰ é um serviço de coordenação intraministerial que tem por objecto a coordenação e articulação das políticas públicas de preparação e execução do "PNS 2004-2010" e de programas específicos de âmbito nacional, em particular, de quatro áreas consideradas prioritárias pelo actual executivo e que são as doenças cardiovasculares, as oncológicas, a infecção VIH/SIDA e a saúde das pessoas idosas e outros cidadãos dependentes. As políticas constantes do PNS serão abordadas adiante, em 1.3.

Recentemente, foi criada uma entidade administrativa independente,²¹ a Entidade Reguladora da Saúde, tendo por atribuições “a regulação e a supervisão da actividade e funcionamento dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, no que respeita ao cumprimento das suas obrigações legais e contratuais relativas ao acesso dos utentes aos cuidados de saúde, à observância dos níveis de qualidade e à segurança e aos direitos dos utentes”.²² Esta nova entidade está ainda em fase de início de actividade.²³

A estrutura de comissões parlamentares na AR compreende actualmente uma comissão especializada permanente de Saúde.²⁴

As organizações não governamentais especializadas em saúde, em alguns casos prestando assistência social e sanitária, contam com uma participação activa e regular

¹⁷ <http://www.dgs.pt/>

¹⁸ www.dgies.min-saude.pt

¹⁹ <http://www.acs.min-saude.pt/acs>

²⁰ O DL n.º 257/2001, de 22 de Setembro, tinha anteriormente criado o lugar de alto-comissário da Saúde, desempenhado em acumulação com o de director-geral da Saúde, com funções similares de coordenação e planeamento. A actual estrutura é explicada pelo reconhecimento das dificuldades geradas por essa acumulação.

²¹ Cfr. DL n.º 309/2003, de 10 de Dezembro. Cfr. <http://dre.pt/pdfgratis/2003/12/284A00.PDF#page=29>

²² Cfr. art.º 6.º, n.º 1, do DL n.º 309/2003.

²³ Para mais informação <http://www.ers.pt/>.

²⁴ A sua actividade pode ser consultada em http://www3.parlamento.pt/comissoes/Comissao.aspx?Tipo=0&Categoria=0&id_comissao=10.

junto da Administração. São disso exemplos a Abraço²⁵, associação de luta contra o VIH, a Liga Portuguesa Contra o Cancro²⁶, a Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal²⁷ a Associação Portuguesa dos Insuficientes Renais,²⁸ a Associação Portuguesa de Esclerose Múltipla,²⁹ a Associação Portuguesa de Hemofílicos,³⁰ a Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer³¹ e a Associação Nacional de Doentes com Fibromialgia³², entre muitas outras.

Ocorre também participação relevante por parte de entidades sindicais, em particular das representativas de trabalhadores do sector.

Existe actualmente um único exemplo de gestão privada de um Hospital público,³³ estando a decorrer concursos públicos internacionais para novas parcerias público-privadas no sector da saúde.³⁴

A política de saúde das regiões autónomas da Madeira³⁵³⁶ e dos Açores³⁷, tal como estabelecido na Base VIII da LBS, é definida pelo respectivo governo regional, em obediência aos princípios estabelecidos pela Constituição e pela LBS. Existem assim, Serviços Regionais de Saúde próprios³⁸³⁹ financiados pelo orçamento regional. A sua gestão é da responsabilidade da administração autonómica.

1.3. O PNS,⁴⁰ actualmente fixado para o período 2004-2010, define as políticas públicas no domínio da saúde, orientando a actuação dos diversos níveis do MS e de outros organismos do sector da saúde, - públicos, privados ou do sector social.

Em concretização e desdobramento do PNS, existem cerca de 40 programas de índole nacional⁴¹, de implementação gradual. Destaca-se o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, o Programa Nacional de Prevenção da Infecção VIH/SIDA e outras Doenças de Transmissão Sexual, o Programa Nacional de Prevenção das Infecções Nosocomiais, o Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais, o

²⁵ <http://www.abraco.org.pt/>

²⁶ <http://www.ligacontracancro.pt/>

²⁷ <http://www.apdp.pt/>

²⁸ <http://www.apir.pt>

²⁹ <http://www.anem.org.pt>

³⁰ <http://www.aphemofilicos.pt/>

³¹ <http://www.alzheimerportugal.org>

³² <http://www.apdf.com.pt/>

³³ O Hospital Fernando da Fonseca. Cf. http://www.josedemellosaude.pt/site/cgi-bin/jms_UNIDADESUBCANAL.asp?LOCALID=129

³⁴ As parcerias público-privadas visam a realização de infra-estruturas e a prestação de serviços públicos, numa lógica de optimização das performances dos sectores público e privado, abrangendo tanto os cuidados diferenciados e especializados a nível hospitalar como os cuidados primários e cuidados continuados de saúde. O modelo PPP para os novos hospitais baseia-se num contrato de gestão cujo objecto envolve a cadeia de actividades que vai desde a concepção, construção, financiamento, conservação e exploração dos activos infra-estruturais até à gestão geral do hospital, incluindo a prestação de serviços clínicos por parte do operador privado.

³⁵ Alguns dados caracterizadores da Saúde na região em

http://www.dre.srpc.pt/EmFoco/CESAP/EmFocoDestaque_Geo-referenciado.htm

³⁶ Para mais informação consultar http://sras.madinfo.pt/?p=epe_missao.

³⁷ Para mais informação consultar <http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/entidades/sras-drs/?lang=pt&area=ct>

³⁸ O Estatuto do Serviço Regional de Saúde dos Açores encontra-se definido no Decreto Legislativo Regional n.º 28/99/A, de 31 de Julho.

³⁹ O Decreto Legislativo Regional n.º 9/2003/M, de 27 de Maio, aprova o regime e orgânica do Serviço Regional de Saúde da Madeira.

⁴⁰ <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006756.pdf>

⁴¹ Para mais informação sobre cada plano, cfr. http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_42.html#6

Programa Nacional de Acreditação dos Centros de Saúde e o Programa Nacional de Avaliação Externa da Qualidade Laboratorial.

2. SISTEMA DE SAÚDE

2.1. O SNS envolve um conjunto completo de cuidados integrados de saúde, que compreendem a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. Tem como fim a efectivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na protecção da saúde individual e colectiva. Goza de autonomia administrativa e financeira, numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos de âmbito central, regional e local, e dispõe de serviços prestadores de cuidados de saúde primários e serviços prestadores de cuidados de saúde diferenciados.⁴² É apoiado por actividades de ensino que visam a formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde.

A base jurídica da actual configuração do SNS remonta aos anos 90, aquando da aprovação da LBS e do ESNS, superando a dicotomia entre cuidados de saúde primários e diferenciados, através da criação de unidades integradas. Estas pretendem viabilizar a articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais, numa gestão de recursos mais próxima dos utentes.

Em 1999 foi estabelecido o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), através do DL n.º 156/99, de 10 de Maio,⁴³ promovendo-se com este diploma a articulação de um conjunto de recursos na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográfico-populacionais, por forma a facilitar a participação social e a racionalização dos recursos.

São, assim, criados os Centros de Responsabilidade Integrada, os quais, embora com tradução prática muito pequena, tentavam aumentar a desconcentração da tomada de decisão.

O funcionamento do sistema de saúde está centrado na figura do médico de família. É a este, no Centro de Saúde da área de residência do utente, que cabe acompanhá-lo e encaminhá-lo no sistema.⁴⁴

Em 2002, aprovou-se um novo regime de gestão hospitalar, pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro⁴⁵, introduzindo modificações profundas na LBS, definindo-se um novo modelo de gestão hospitalar, e admitindo-se modelos de gestão de tipo empresarial.

O SNS é um sistema de prestação de cuidados de saúde universal, centralizado e público, com propriedade pública dos hospitais e centros de saúde. O seu modelo de financiamento assenta, tradicionalmente, nas receitas de impostos.

A expansão dos serviços de saúde e o aumento crescente dos gastos com a saúde⁴⁶, com influência directa no equilíbrio do orçamento do Estado, criaram a necessidade de correcção dos problemas de financiamento.

Surge, assim, a empresarialização dos hospitais do SNS, evoluindo para um novo sistema de gestão e de financiamento, orientado para a prossecução dos objectivos

⁴² Para a intervenção do PJ neste domínio, veja-se no capítulo português da Parte III o n.º 2.1.

⁴³ Cfr. http://www.ordemdosmedicos.pt/ie/institucional/CNE/legislacao/DecLei156_99.htm

⁴⁴ O encaminhamento é feito por credencial, entregue pelo próprio utente, o que provoca a ausência de feedback ao Centro de Saúde e qualquer possibilidade de controlo, sem que o utente manifeste alguma queixa. Em algumas zonas dispõe-se já de marcação electrónica de consultas hospitalares directamente pelo centro de saúde, que pode aceder às agendas do hospital de referência.

⁴⁵ Cfr. <http://www.dmr.min-saude.pt/documentos/legislacao/Lei%2027.2002.pdf>

⁴⁶ A falta de informação clara sobre o fornecimento de serviços públicos e a ausência de incentivos para controlar os custos são duas das questões críticas para justificar este aumento dos custos.

fundamentais de controlo da despesa total, maximização da eficiência dos prestadores, manutenção/aumento da qualidade e responsabilização da gestão.

Instituiu-se um modelo contratual assente em mecanismos de ajustamento às especificidades de cada hospital, estabelecendo planos de convergência para as unidades menos eficientes, desenvolvendo capacidades de planeamento e contratação, sistematização de um conjunto de novos processos e introdução de ajustamentos nos sistemas de informação. O Estado identifica as necessidades dos cidadãos, planifica a oferta de cuidados de saúde e, contrata os serviços necessários por forma a satisfazer as necessidades da procura, dentro dos limites impostos pela restrição orçamental. Por sua vez, as entidades prestadoras dos serviços de saúde, públicas ou privadas⁴⁷, asseguram o fornecimento dos serviços de saúde e gerem a sua própria actividade, procurando atingir níveis de eficiência compatíveis com os preços fixados no contrato.

Para estabelecer e graduar estes níveis de eficiência e remunerar os serviços prestados, o Estado conta com o sistema de classificação de doentes, os Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH), que permitem implementar um sistema de financiamento através de um esquema de pagamento dos serviços efectivamente prestados pelas instituições. Em termos muito gerais, os gastos directos com o internamento, por exemplo, passam a ser pagos por doente saído, a preços diferentes para hospitais centrais e distritais, de acordo com cada valência e tendo em conta os custos médios, ajustados pelas respectivas demoras médias e taxas de ocupação. O GDH é uma medida do custo esperado com o tratamento de um doente típico desse grupo, expresso em termos relativos face ao custo do doente médio nacional.

Coexistem com o sistema público de saúde os sectores privado e social que se dedicam a esta actividade. As unidades privadas de saúde, com e sem fins lucrativos, do sector privado e social,⁴⁸ estão sujeitas a licenciamento e fiscalização, nos termos do art.º 38.º, n.º 2, do ESNS e do DL n.º 13/93, de 15 de Janeiro⁴⁹. A grande maioria dos hospitais do sector social possui convenções com o SNS, assim se articulando com o mesmo em diversas valências deficitárias.

De acordo com dados de 2004, o SNS dispunha de 349 Centros de Saúde⁵⁰ e 1799 Extensões de Saúde, organicamente dependentes daqueles centros. Destes Centros de Saúde, 51⁵¹ forneciam internamento, com capacidade para 779⁵² utentes, e 265⁵³ dispunham de Serviço de Atendimento Permanente (SAP). No que se refere à rede hospitalar o SNS conta com 83⁵⁴ hospitais, com capacidade para 23102⁵⁵ camas, o que equivale a 2,3 camas por cada mil habitantes⁵⁶.

⁴⁷ O SNS, através de parecerias publico-privadas, está em evolução para um sistema em que os operadores privados contratualizam com o Estado o prosseguimento de determinados fins de interesse público.

⁴⁸ Cumpre salientar o papel muito relevante desempenhado pelas “Misericórdias”, instituições de base associativa, de cariz religioso e caritativo, fundadas a partir de finais do século XV.

⁴⁹ Cfr. http://www.consumidor.pt/docs/7628/DL_13_93.pdf

⁵⁰ Distribuídos por 90 na região norte, 109 na região centro, 87 na região de Lisboa e Vale do Tejo, 47 no Alentejo e 16 no Algarve.

⁵¹ Distribuídos por 18 na região norte, 13 na região centro, 3 na região de Lisboa e Vale do Tejo, 10 no Alentejo e 7 no Algarve.

⁵² A distribuição destas faz-se por 338 camas na região norte, 166 camas na região centro, 25 camas na região de Lisboa e Vale do Tejo, 128 camas no Alentejo e 122 camas no Algarve.

⁵³ Distribuídos por 81 na região norte, 88 na região centro, 44 na região de Lisboa e Vale do Tejo, 39 no Alentejo e 13 no Algarve.

⁵⁴ 24 hospitais na região norte, 26 na região centro, 25 na região de Lisboa e Vale do Tejo, 5 na região do Alentejo e 3 na região do Algarve.

⁵⁵ 21181 camas em hospitais gerais (9312 em hospitais centrais, 10304 em hospitais distritais e 1565 em hospitais de nível 1) e 1921 em hospitais especializados. A distribuição geográfica era de 6882 camas na

O gasto público com saúde ascendeu em 2004 a 7.631,5 milhões de euros e em 2005 a 8.032,5 milhões de euros⁵⁷. Entre 1996 e 2003 o gasto público em saúde oscilou entre 4% e 4,5% do PIB⁵⁸.

O pessoal do SNS encontra-se maioritariamente coberto pelo regime da função pública. Existem 2,41 médicos por cada 1000 habitantes,⁵⁹ sendo poucos, contudo, os médicos de família, assim propiciando a existência de franjas notáveis da população sem possibilidade de acompanhamento regular pelo mesmo clínico no centro de saúde da sua residência.

No que se refere à cobertura nacional de médicos de família, não existem dados concretos de população a descoberto, isto é, sem médico de família. Sabe-se contudo que nos grandes centros urbanos e em determinadas zonas periféricas, que viram a sua população crescer fortemente, o número de utentes sem médico de família pode ser bastante elevado, acima de 10.000 utentes. Existem medidas concretas para atenuar esta situação, como sejam a instituição de consultas de recurso, em alguns casos diárias, para esses utentes a descoberto. As consultas são asseguradas por médicos que nem sempre são do Centro de Saúde, o que tem como inconveniente não se instituir a relação médico-doente que o sistema dos cuidados de saúde primários preconiza.

Existiam 36090 enfermeiros no SNS, sendo que 59,5% destes possuíam formação de nível superior.

O envelhecimento da classe médica é já apontado como um problema grave do SNS e uma eventual causa da sua ruptura em determinadas especialidades. Tal deve-se *inter alia* a um *numerus clausus* apertado nas Faculdades de Medicina, mais aliviado nos últimos anos. Assim, em determinadas especialidades, como por exemplo anesthesiologia ou medicina geral, existe uma procura muito superior à oferta, o que tem levado à contratação de médicos estrangeiros, em especial aqueles cuja língua materna é o português ou o castelhano.

No mesmo sentido, existe ainda um acentuado défice de enfermeiros, com igual fenómeno da contratação de profissionais estrangeiros.

Faça-se ainda referência aos hospitais militares⁶⁰, que têm como missão prestar apoio sanitário ao pessoal militar e militarizado, bem como aos seus familiares. Existem 4 unidades hospitalares do Exército e uma da Força Aérea. Os cuidados de saúde militares contam ainda com o Laboratório Militar de Produtos Químicos e Farmacêuticos que presta apoio farmacêutico aos utentes militares e à “família militar”, em medicamentos e análises clínicas.

região norte, 6282 na região centro, 8263 na região de Lisboa e Vale do Tejo, 925 na região do Alentejo e 750 no Algarve.

⁵⁶ Na região norte existem 2,1 camas por cada mil habitantes, na região centro existem 2,6 camas por cada mil habitantes, na região de Lisboa e Vale do Tejo existem 2,4 camas por cada mil habitantes, na região do Alentejo existem 2,1 camas por cada mil habitantes e na região do Algarve 1,8 camas por cada mil habitantes. Neste último caso, há que contar com a importante população sazonal, no verão.

⁵⁷ Dados provisórios fornecidos pelo IGIF.

⁵⁸ Em 1996 4% do PIB, em 1997 3,9% do PIB, em 1998 4,1% do PIB, em 1999 e 2000 4% do PIB, em 2001, 4,1% do PIB, em 2002 4,8% do PIB e em 2003 4,5% do PIB. Faz-se notar que os valores referentes a 2003 não são comparáveis com os anos anteriores, dado que não contém a totalidade das verbas de financiamento dos 34 hospitais do Sector Público Administrativo, que deram origem às 31 Sociedades Anónimas. O total inclui ainda uma verba de 300 milhões de euros referente a um empréstimo contraído pelo IGIF junto da Direcção-Geral do Tesouro.

⁵⁹ A sua distribuição geográfica não é homogénea, existindo situações de carência assistencial em grande parte da zona interior do país. Não existem actualmente, medidas concretas de fixação de profissionais médicos nas zonas do interior.

⁶⁰ Para mais informação consultar <http://www.exercito.pt/>

Existem 22 centros de recuperação de toxicod dependência⁶¹ em todo o país, que actuam não só no campo da prevenção como também no tratamento e reinserção social dos toxicod dependentes. São proporcionadas consultas gratuitas e confidenciais e dispõe das seguintes Unidades Especializadas: A) Centros de Atendimento a Toxicod dependentes⁶²; B) Unidades de Dispensa de Terapêutica de Substituição⁶³; C) Unidades de Desabilitação,⁶⁴ D) Comunidades Terapêuticas⁶⁵; E) Centros de Dia⁶⁶; e F) Centros de Informação e Acolhimento (CIAC)⁶⁷

É imprescindível referir a existência de subsistemas públicos de saúde, com grande peso. O maior, abrangendo a generalidade dos funcionários do Estado, denominado ADSE, tem actualmente um universo de 1.342.117 beneficiários, que beneficiam de uma assistência médica e medicamentosa bastante superior à conferida pelo SNS. De facto, podem esses utentes optar entre os estabelecimentos integrados no SNS, recorrer a prestadores convencionados, mediante o pagamento de uma percentagem acordada previamente, ou optar por qualquer prestador privado, pagando a totalidade mas recebendo posteriormente uma percentagem previamente quantificada.

Os demais subsistemas públicos de saúde são em geral equivalentes à ADSE, em alguns casos com níveis de comparticipação inferiores mas sempre com a possibilidade de opção entre os convencionados e o regime livre.⁶⁸

2.2. O princípio de participação na concretização do direito à saúde⁶⁹ surge bem expressa na LBS:

a) na Base VII, que estabelece o Conselho Nacional de Saúde, órgão de consulta do governo que representa os interessados no funcionamento das entidades prestadoras

⁶¹ Da responsabilidade do Instituto da Droga e da Toxicod dependência (<http://www.drogas.pt>). Existem ainda 5 unidades de desabilitação; 2 comunidades terapêuticas estatais; 3 centros de dia; 3 atendimentos telefónicos permanentes (Lisboa e Porto); 1 unidade de tratamento e 3 Centros de Recuperação do Alcoolismo e Toxicod dependência, em Grijó, Lisboa e Porto. O Plano Nacional contra a Droga e Toxicod dependências pode ser consultado em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/F6874B50-243E-49A0-86FC-D6EB0AFFA709/0/PlanoNacionalFinal.pdf>.

⁶² Prestam prestados cuidados globais, individualmente ou em grupo, sempre em regime ambulatorio. Em colaboração com as farmácias e com equipas de rua, executam programas de troca de seringas.

⁶³ Extensões dos CAT, onde se disponibiliza a toma diária e controlada de metadona ou LAAM a heroíno dependentes. O SPTT considera que, quando a abstinência é impossível, é preferível substituir a heroína por outros opiáceos, associados a menores riscos de saúde e sociais.

⁶⁴ Unidades de internamento de curta duração, essencialmente vocacionadas para a supressão dos consumos sem o sofrimento associado à abstinência. A sua acção assenta, em regra, num programa de 7 dias de internamento fechado, sem visitas nem contactos com o exterior, mediante contrato terapêutico. Após este período, sendo respeitado o contrato, o utente pode sair para um programa de terapêutica antagonista de opiáceos ou para internamento de longa duração em comunidade terapêutica. Um outro programa de internamento de 10 dias é destinado a grávidas toxicod dependentes cuja saída é em abstinência ou internamento em comunidade terapêutica.

⁶⁵ Unidades de internamento de longa duração, onde são prestados cuidados a toxicod dependentes que necessitam de apoio psicoterapêutico e socioterapêutico, com o objectivo de quebrar a relação psico-social com a sua dependência e ressocializá-lo para um novo mundo familiar, social e laboral.

⁶⁶ Locais onde se desenvolvem actividades de natureza ocupacional e/ou pré-profissional, com os mesmos objectivos das Comunidades Terapêuticas, mas em regime ambulatorio.

⁶⁷ Unidades dedicadas à prevenção de comportamentos de risco na adolescência e formação/educação para a saúde

⁶⁸ Tal tem possibilitado o desenvolvimento de um sistema de saúde privado, com um nível concorrencial forte e dinâmico que vê nas parcerias publico-privadas agora lançadas pelo Estado uma oportunidade de crescimento sustentado. É de referir que os médicos que trabalham nestas clinicas privadas são em simultâneo médicos do SNS, não tendo optado pela exclusividade para poder trabalhar no sector privado, bastante mais bem remunerado.

⁶⁹ Para a intervenção do PJ neste domínio, veja-se no capítulo português da Parte III o n.º 2.2.

de cuidados de saúde e que inclui representantes dos utentes, designados embora pela AR;

b) na Base XIV, n.º 1, h), e II, n.º 1, g), prevendo-se que os utentes têm direito a constituir entidades que os representem e defendam os seus interesses e a constituir entidades que colaborem com o sistema de saúde, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção e defesa da saúde ou grupos de amigos de estabelecimentos de saúde. Existem diversas associações constituídas e com larga actividade junto de diversos hospitais do SNS⁷⁰, que se constituem como órgãos de defesa dos direitos dos utentes;

c) na Base XXIX, prevendo as comissões concelhias de saúde, órgãos consultivos das administrações regionais de saúde em relação a cada concelho da respectiva área de actuação.

Com a empresarialização de alguns hospitais do SNS e consequente publicação dos novos estatutos de cada hospital, instituiu-se um Conselho Consultivo que, na sua composição conta, entre outros, com representantes do município respectivo e de um representante dos utentes, designado pela respectiva associação ou por equivalente estrutura de representação. Compete aos conselhos consultivos apreciar os planos de actividade de natureza anual e plurianual, apreciar todas as informações que tiver por necessárias para o acompanhamento da actividade do hospital e emitir recomendações tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços.⁷¹

A intervenção do cidadão na defesa dos seus direitos estabelece-se ainda, através do Gabinete do Utente, estrutura existente em todos os hospitais e centros de saúde, recebendo e tratando reclamações ou sugestões que sejam apresentadas⁷².

Recentemente foi aprovada a lei das Associações de Defesa dos Utes de Saúde,⁷³ que estabelece os direitos de participação e de intervenção destas junto dos diversos níveis da administração, designadamente no procedimento legislativo, podendo gozar do estatuto de parceiro social e beneficiando do direito de antena nos serviços públicos de rádio e televisão.

Noutro âmbito, existe um vasto conjunto de associações privadas⁷⁴, sem fins lucrativos, que mantêm com o SNS protocolos de colaboração para a prestação de cuidados de saúde.

Há também uma grande tradição e prática no domínio do voluntariado exercido em meio hospitalar.

3. PREVENÇÃO E SAÚDE PÚBLICA

3.1. Cumprir destacar três grandes áreas em matéria de prevenção.

Assim, em matéria laboral, perspectiva salvaguardada no art.º 59.º, n.º 1, c), da CRP, cabe a coordenação, execução e avaliação de políticas, no âmbito do Sistema Nacional de Prevenção dos Riscos Profissionais, ao Instituto para a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho⁷⁵, criado através do DL n.º 171/2004, de 17 de Julho⁷⁶, entidade

⁷⁰ Entre muitas outras, Associação dos Utes do Hospital de Torres Vedras, Associação dos Amigos e Utes do Hospital Fernando da Fonseca, Liga dos Amigos do Hospital da Guarda, Liga dos Amigos do Hospital de Santo António do Porto, Liga dos Amigos do Hospital Garcia da Orta.

⁷¹ Todos os 31 hospitais transformados em entidades públicas empresariais têm previsto no seu estatuto esta figura do Conselho Consultivo.

⁷² Os utentes que queiram efectuar reclamações e/ou sugestões devem solicitar o Livro de Reclamações aprovado pela Portaria n.º 355/97, de 28 de Maio, vulgarmente conhecido por “Livro Amarelo”.

⁷³ Lei n.º 44/2005, de 29 de Agosto; Cfr. <http://dre.pt/pdfgratis/2005/08/165A00.PDF#page=7>

⁷⁴ Cerca de duzentas ONG.

⁷⁵ Para mais informação: <http://www.ishst.pt/ISHST.aspx>

que representa Portugal junto da Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho⁷⁷.

O Código do Trabalho⁷⁸ consagra, no seu art.º 272.º, que o trabalhador tem direito à prestação de trabalho em condições de segurança, higiene e saúde asseguradas pelo empregador. Cabe a este prevenir os riscos profissionais e promover a saúde do trabalhador. A execução desta obrigação assenta na planificação e organização da prevenção de riscos profissionais, na eliminação dos factores de risco e de acidente, na avaliação e controlo dos riscos profissionais, na informação, formação, consulta e participação dos trabalhadores, directamente ou através dos seus representantes.

A fiscalização do cumprimento destas obrigações, assim como a aplicação das eventuais sanções, compete, em geral, à Inspeção-Geral do Trabalho.⁷⁹

A CRP assume também como essencial a criação de condições ambientais que garantam melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho,⁸⁰ bem como a promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável (art.º 64.º, n.º 2, b). Estatui-se também o direito a um ambiente de vida humano, sadio, e ecologicamente equilibrado e o dever de o defender (art.º 66.º, n.º 1), incumbindo ao Estado, com o envolvimento dos cidadãos, promover a educação ambiental e o respeito pelos valores do ambiente (art.º 66, n.º 2, g). Por sua vez, a LBS incentiva a educação das populações para a saúde, estimulando nos indivíduos e nos grupos sociais a modificação dos comportamentos nocivos à saúde pública ou individual (Base II, n.º 1, h). Também na Lei de Bases do Ambiente (LBA) se definem princípios específicos de actuação do Estado, entre outros, os princípios da prevenção, do equilíbrio, tendo como finalidade o desenvolvimento integrado, harmónico e sustentável, da participação e da responsabilização (art.º 3.º). A entidade fiscalizadora respectiva é a Inspeção-Geral do Ambiente⁸¹.

A CRP tutela também o direito à qualidade dos bens e serviços consumidos e à informação, à protecção da saúde, da segurança e dos interesses económicos dos consumidores, bem como à reparação de danos (art.º 60.º, n.º 1). O organismo genericamente competente para a promoção e salvaguarda destes direitos é o Instituto do Consumidor⁸². É à novel Autoridade de Segurança Alimentar e Económica⁸³ que cabem as funções de avaliação e de comunicação de riscos na área da segurança alimentar, mas também com funções de fiscalização noutras áreas⁸⁴.

3.2. As políticas públicas de prevenção de saúde integram-se, essencialmente, no PNV e na Vigilância Epidemiológica, ambas concertadas pela DGS.

O PNV entrou em vigor em 1965, verificando-se desde então uma notável redução da morbilidade e da mortalidade pelas doenças infecciosas alvo de vacinação. A introdução do PNV foi acompanhada de uma campanha nacional contra a poliomielite que praticamente eliminou a doença no ano inicial da campanha. Com as

⁷⁶ Cfr. <http://www.idict.gov.pt/Downloads/content/DL1712004.pdf>.

⁷⁷ Cfr. <http://osha.eu.int/OSHA>

⁷⁸ Cfr. <http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/93E8FED9-EA80-43C7-B7F8-C00F3917C065/0/CódigodoTrabalho.pdf>

⁷⁹ Cfr. <http://www.igt.gov.pt>

⁸⁰ Para a intervenção do PJ neste domínio, veja-se no capítulo português da Parte III o n.º 3.3.

⁸¹ Cfr. http://www.portaldocidadao.pt/PORTAL/entidades/MAOTDR/IGA/pt/ORG_inspeccao-geral+do+ambiente.htm.

⁸² Criado pela Lei n.º 24/96, de 31 de Julho. Cfr. <http://www.ic.pt/pls/icnew/homepage>

⁸³ Que integrou a antiga Inspeção-Geral das Actividades Económicas, cuja página ainda pode ser consultado em <http://www.igae.pt/site/default1.aspx> e que recolhe informação sobre a nova entidade.

⁸⁴ Criada pelo DL n.º 237/2005, de 30 de Dezembro.

suas características de universalidade gratuita e esse êxito inicial, ganhou a confiança da população e dos profissionais de saúde, constituindo um sucesso, ao longo dos seus 40 anos de história.

A sua finalidade é a protecção do indivíduo e da comunidade, controlando, eliminando e contribuindo para a erradicação de doenças infecciosas. O PNV mantém-se como um dos programas prioritários do PNS. Os resultados obtidos estão consolidados, conforme comprova o elevado grau de imunização da população portuguesa demonstrado na *Avaliação do PNV – 2.º Inquérito Serológico Nacional – Portugal Continental 2001-2002*⁸⁵. O PNV é actualizado em função da evolução do estado imunitário da população, dos dados epidemiológicos e da disponibilidade de novas vacinas, melhorando a qualidade e mantendo a aceitação por parte da população alvo.

Em Janeiro de 2006 entrou em vigor o novo PNV que tem como objectivos principais a consolidação da eliminação da poliomielite, a manutenção de elevadas taxas de cobertura contra o sarampo e a rubéola,⁸⁶ e a vacinação de adultos contra o tétano. As vacinas que actualmente o integram⁸⁷ aumentaram o leque de protecção, com a introdução de vacina contra a *Neisseria meningitidis* do serogrupo C.

Há a notar, recentemente, o lançamento de campanha de vacinação contra a meningite C, abrangendo a população até aos 18 anos, a manutenção do programa de vigilância clínica, epidemiológica e laboratorial da Paralisia Flácida Aguda e a contenção do vírus pólio selvagem em laboratórios e a integração da rede EUVAC.⁸⁸

A vigilância epidemiológica comporta sistemas que detectam, investigam e monitorizam diversos agentes patogénicos, os factores que influenciam o seu aparecimento bem como o impacte das medidas de saúde públicas adoptadas. Existindo há décadas, são da mesma exemplos os sistemas de notificação obrigatória⁸⁹ e a vigilância epidemiológica de indicadores ambientais, como a qualidade da água de consumo humano, das águas minerais naturais e de nascente.

Entre os programas existentes, citem-se o SARA – Sistema de Alerta e Resposta Apropriada em Emergências de Saúde Pública, sistema que pretende aperfeiçoar o diagnóstico e incentivar a notificação das situações de emergência, a Vigilância da Gripe, promovendo, entre outras medidas, a vacinação dos grupos de risco, o Programa de Vigilância Epidemiológica Integrada da Doença do Legionário, a divulgação de alertas para Consultas de Saúde do Viajante e as medidas de Vigilância e Controlo da eventual importação de doenças.

⁸⁵ Cfr. <http://www.insarj.pt/site/resources/docs/serologico.pdf> .

⁸⁶ De acordo com a estratégia definida pela OMS; cfr. <http://www.euro.who.int/vaccine/>

⁸⁷ As principais alterações ao PNV de 2000 são a substituição da vacina viva atenuada e oral contra a poliomielite (VAP) por uma vacina inactivada e injectável (VIP); a substituição da vacina contra a tosse convulsa do tipo Pw (pertussis "whole cell" ou de célula completa) por uma vacina pertussis acelular (Pa); a introdução de uma vacina combinada pentavalente contra a difteria, o tétano, a tosse convulsa, a doença invasiva por *Haemophilus influenzae* do serotipo b e a poliomielite (DTPaHibVIP); a introdução de vacinas combinadas tetravalentes contendo a Pa: vacina contra a difteria, o tétano, a tosse convulsa e a doença invasiva por *Haemophilus influenzae* do serotipo b (DTPaHib) vacina contra a difteria, o tétano, a tosse convulsa e a poliomielite (DTPaVIP) e a introdução da vacina conjugada contra a doença invasiva por *Neisseria meningitidis* do serogrupo C (MenC).

⁸⁸ *Surveillance Community Network for Vaccine Preventable Infectious Diseases* ; Cfr. <http://www.ssi.dk/euvac/> .

⁸⁹ Cfr. Lei n.º 120/99, de 11 de Agosto, regulamentada pelo DL n.º 259/2000, de 17 de Outubro. Veja-se a lista completa, na qual se inclui, desde a publicação da Portaria n.º 258/2005, de 16 de Março, a infecção pelo VIH, em <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+de+declaracao+obrigatoria/doencasdeclaracaoobrigatoria.htm>

Portugal participa, através da DGS, em diversas redes europeias e internacionais de vigilância epidemiológica, permitindo a uniformização de critérios de diagnóstico a partilha de um sistema próprio de informação, com a rápida permuta de informação⁹⁰.

As medidas especiais na luta contra toxicod dependência, alcoolismo e tabagismo, estão previstas no PNAP, com especial atenção ao meio laboral. Foi anunciada nova legislação bastante restritiva do consumo tabágico.

A Base XIX da LBS institui as autoridades de saúde, definindo que estas se situam a nível nacional, regional e concelhio por forma a garantir a intervenção oportuna e discricionária do Estado em situações de grave risco para a saúde pública, sendo hierarquicamente dependentes do MS. O DL n.º 336/93, de 29 de Setembro,⁹¹ estabelece o regime jurídico da autoridade de saúde, a quem compete promover a investigação em saúde e a vigilância epidemiológica, vigiar o nível sanitário dos aglomerados populacionais, dos serviços, estabelecimentos e locais de utilização pública (escolas, teatros, etc.) e determinar as medidas correctivas necessárias para defesa da saúde pública. Pode ordenar a suspensão de actividade ou encerramento dos serviços, quando funcionem em condições de grave risco para a saúde pública.

4. DIREITOS

4.1. O direito à protecção da saúde concretiza-se pela *universalidade* dos cuidados prestados pelo SNS.

Assim, são dele beneficiários todos os cidadãos portugueses,⁹² sejam ou não beneficiários de qualquer regime de segurança social.⁹³

O acesso ao SNS por parte de estrangeiros que se encontrem em Portugal, encontra-se regulado no Despacho n.º 25360/2001⁹⁴ (2.ª Série), sendo igualmente considerados utentes do SNS aqueles que possuam residência legal em Portugal. Os demais estrangeiros, em situação irregular, mediante a apresentação de documento comprovativo de que se encontram no país há mais de 90 dias, têm também acesso ao SNS, todavia podendo ser-lhes exigido o pagamento das despesas efectuadas, exceptuando as situações de risco para a saúde pública, ou, mediante avaliação pela SS, em função da situação sócio-económica da pessoa em causa.⁹⁵

O SNS caracteriza-se também pela sua *tendencial gratuitidade*. A sua gratuitidade tendencial traduz-se, como previsto na Base XXXIV da LBS, na cobrança de taxas moderadoras, sem intuítos primários de financiamento, mas sim com o objectivo de racionalizar a procura de cuidados de saúde.⁹⁶ O DL n.º 173/2003, de 1 de

⁹⁰ Das redes em que Portugal participa destacam-se: EWGLI/EWGLINET (European Surveillance of Travel Associated Legionnaires's disease); EUVAC-NET (Surveillance Community Network for Vaccine Preventable Infectious Diseases); ESSTI – (Communicable Disease Surveillance Network on Sexually Transmitted Diseases); EUNID (rede de vigilância de doenças infecciosas); EU-IBIS (Invasive bacterial infections surveillance in the European Region); EUROTb (vigilância da tuberculose); EWRS (sistema de alerta rápido sobre riscos para a saúde); EPIET (European Programme for Intervention Epidemiology Training); EISS (European Influenza Surveillance Scheme); EUROSURVEILLANCE; EUROCGD (Vigilância da Doença de Creutzfeld-Jacob) e ENTERNET (Vigilância de Doenças provocadas por salmonelas).

⁹¹ Alterado pelo DL n.º 286/99, de 27 de Julho.

⁹² Base XXIV a) e Base XXV, n.º 1, da LBS.

⁹³ Para a intervenção do PJ neste domínio, veja-se no capítulo português da Parte III o n.º 3.1.

⁹⁴ Cfr. <http://dre.pt/pdfgratis2s/2001/12/2S286A0000S00.pdf#page=21>

⁹⁵ Para a intervenção do PJ neste domínio, veja-se no capítulo português da Parte III o n.º 5.

⁹⁶ Prevendo-se isenções para os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e para os financeiramente mais desfavorecido, por forma a garantir a universalidade do acesso.

Agosto, aprova o regime jurídico das taxas moderadoras,⁹⁷ sendo estas devidas por consulta em Centro de Saúde ou Hospital, atendimento de urgência e feitura de exames complementares de diagnóstico em ambulatório.⁹⁸

A Portaria n.º 219/2006, de 7 de Março, recentemente estipulou o aumento das taxas moderadoras.⁹⁹ O aumento mais significativo ocorreu nas urgências dos hospitais centrais, apontando diversos estudos para uma taxa superior a 70% de “falsas urgências”. Foi já suscitada a hipótese de diferenciação das taxas em função do rendimento, bem como a possibilidade de assim se penalizar o recurso injustificado às urgências.

No plano da *completude*, o SNS envolve um conjunto completo de cuidados integrados de saúde,¹⁰⁰ abrangendo a promoção da saúde e vigilância, a prevenção, o diagnóstico e tratamento e a reabilitação médica e social. As suas redes assistenciais compreendem os cuidados de saúde primários (incluindo os centros de saúde), secundários (hospitais) e continuados (rede de hospitais para situações de média e longa duração).

Quanto à sua *extensão*, sem que exista um catálogo dos serviços prestados pelo SNS, abrange este todas as especialidades e terapêuticas conhecidas. Todavia, a impossibilidade de tratamento no âmbito do SNS está prevista no DL n.º 177/92, de 13 de Agosto¹⁰¹, que determina as regras de assistência médica no estrangeiro, dependente de indicação clínica, corroborada por assessoria técnica a funcionar junto da DGS. A prestação de cuidados de saúde é independente do local de residência.

Em caso de greve, tratando-se da satisfação de necessidades sociais impreteríveis, estão os profissionais da saúde sujeitos ao dever de assegurar serviços mínimos, nos termos do art.º 598.º, n.º 2, b), do Código do Trabalho.

A LBS, ao estatuir na sua Base XXX a avaliação permanente do SNS, preocupa-se com a sua *qualidade*, prevendo a recolha de informação sobre o desempenho, o grau de aceitação pelo utente, a satisfação dos profissionais e a razoabilidade da utilização dos recursos, em termos de custo/benefício. Na sequência de recomendação de organizações internacionais, criou-se em 1999,¹⁰² na dependência da DGS, o IQS, para definição e desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos de melhoria contínua da qualidade do Sistema.

Entre os programas desenvolvidos, citem-se o Programa Nacional de Acreditação de Hospitais¹⁰³; o MoniQuor - Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde¹⁰⁴ e o IQIP-Portugal - International Quality Indicator Project¹⁰⁵, de definição de indicadores do desempenho hospitalar.¹⁰⁶

Saliente-se ainda a certificação pelo referencial ISO e outros de 71 Serviços, na sua maioria hospitalares, no período de 2000-2006. Estão em curso iniciativas que visam implementar nas unidades hospitalares Manuais da Qualidade para o

⁹⁷ Cfr. <http://dre.pt/pdfgratis/2003/08/176A00.PDF#page=7>

⁹⁸ Para a intervenção do PJ neste domínio, veja-se no capítulo português da Parte III o n.º 3.3.

⁹⁹ As quais agora são de 8,50 € nas urgências dos hospitais centrais, 3,30 € nas dos centros de saúde, 4,20 € por consulta nos hospitais centrais, 2,75 € nos hospitais distritais e 2,05 € em centro de saúde.

¹⁰⁰ Todavia, cuidados há que não são acessíveis, no quadro do SNS, à generalidade das pessoas. É a situação da dentisteria e da correcção de defeitos de refração oftalmológicos.

¹⁰¹ Ver igualmente o Despacho n.º 8299/2001(2.ª série), de 20 de Abril, em

<http://dre.pt/pdfgratis2s/2001/04/2S093A0000S00.pdf#page=98>

¹⁰² Portaria n.º 289/99, de 27 de Abril Cfr. http://www.iqs.pt/quadro_legal.htm .

¹⁰³ Cfr. <http://www.iqs.pt/hqs.htm> .

¹⁰⁴ Cfr. <http://www.iqs.pt/moniquor.htm> .

¹⁰⁵ Cfr. <http://www.iqs.pt/iqip-portugal.htm> .

¹⁰⁶ O desenvolvimento dos projectos elencados e a sua evolução pode ser acompanhada em www.iqs.pt

Atendimento e Encaminhamento de Utentes¹⁰⁷. Em 2006 está em preparação um conjunto de indicadores em segurança do doente e saúde mental.

Em termos da sua tipologia, os hospitais do SNS categorizam-se em centrais, distritais, de nível 1 e especializados, fazendo-se a distinção pelas valências que proporcionam à população que abrangem. Na ausência de uma determinada especialidade, os utentes são referenciados para os hospitais que tenham essas valências.

Por forma a um melhoramento da rede e articulação com os centros de saúde, desde 2000 têm vindo a ser criadas redes de referência por especialidade, existindo actualmente 16 redes de referência¹⁰⁸.

Não existindo dados disponíveis sobre o tempo médio de espera para consultas, sabe-se contudo que existem bastantes doentes à espera de uma primeira consulta de especialidade. Contudo, a maioria dos doentes graves será atendida com brevidade.

Quanto ao tempo de espera para intervenção cirúrgica, os dados disponíveis para 2005 indicam uma média de 4,6 meses, com mediana de 1,7 meses e um valor máximo de 197,4 meses.

Em 2006.02.28, estavam inscritos para cirurgia 240.103 utentes,¹⁰⁹ com a mediana do tempo de espera em 8,1 meses.

A questão das listas de espera, quer na determinação da sua real dimensão, eliminando redundâncias e actualizando-as, quer na sua eliminação, tem motivado diversos programas e métodos, incluindo o recurso a unidades privadas de saúde. Assim, desde 1999, sucederam-se o Programa para a Promoção do Acesso, o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC) e o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC).¹¹⁰ Este último, através da emissão de um vale-cirurgia, permite o recurso a entidades privadas convencionadas, em caso de demora excessiva.¹¹¹

4.2. No desenvolvimento da Base XXI, n.º 2, da LBS, foi estabelecido o Estatuto do Medicamento,¹¹² cabendo o principal papel institucional ao INFARMED.¹¹³

No controlo público deste sector, o INFARMED autoriza a introdução de cada medicamento no mercado. Após esta Autorização de Introdução no Mercado (AIM), o seu titular de AIM impetra à Direcção Geral da Empresa autorização para o preço máximo a praticar, o que é feito de acordo com os preços praticados em três países de

¹⁰⁷ Para mais informação cfr. <http://iqs-mq.netpower.pt/>.

¹⁰⁸ Rede de referência hospitalar de Genética Médica, Urgência/Emergência, Intervenção Cardiológica, Neurologia, Infecçiology, Oncologia, Imunoalergologia, Nefrologia, Medicina Física e de Reabilitação, Reumatologia, Anatomia Patológica, Transplantação, Unidades Básicas de Urgência (UBU), Cuidados Intensivos, Psiquiatria e Saúde Mental e Cirurgia Vasular.

¹⁰⁹ Este valor não incluía os utentes do Hospital Fernando Fonseca, público mas de gestão privada, e do da Prelada, hospital privado que assegura por convenção o atendimento no quadro do SNS.

¹¹⁰ Criado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 24 de Junho, ainda em vigor e a funcionar junto do IGIF. Para mais informação consultar: <http://www.igif.min-saude.pt/default.asp?CpContentId=251>

¹¹¹ Cfr. a Portaria n.º 1450/2004, de 25 de Novembro, em <http://dre.pt/pdfgratis/2004/11/277B00.PDF#page=48>

¹¹² Aprovado pelo DL n.º 72/91, de 8 de Fevereiro, e já por várias vezes alterado. A versão actualizada pode consultar-se em

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_I/decreto_lei_2072-91.pdf

¹¹³ Cfr. a colecção de legislação dedicada ao sector, disponível em:

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/

referência – Espanha, França e Itália.¹¹⁴ Quando o titular de AIM solicita que o custo do medicamento seja compartilhado pelo SNS, em caso de deferimento, isto pode resultar na redução do preço, face ao valor terapêutico acrescentado do medicamento em avaliação e o preço das alternativas existentes e compartilhadas com a mesma indicação.

O regime de participação do Estado no preço dos medicamentos¹¹⁵ organiza-se por grupo farmacoterapêutico,¹¹⁶ por patologia,¹¹⁷ com base no local de dispensa dos medicamentos¹¹⁸ ou com base na especialidade médica do prescriptor.

O sistema de garantia da qualidade do medicamento assenta em várias componentes, principiando na actividade do Laboratório de Comprovação de Qualidade do INFARMED, aí se averiguando a conformidade dos medicamentos de acordo com as especificações estabelecidas em sede de AIM. A monitorização dos medicamentos no mercado é efectuada através de um plano de amostragem, existindo critérios que norteiam a definição de um plano anual de colheitas. Para além desta amostragem planeada, efectuada em diferentes fases de fabrico e ao longo de toda a cadeia de distribuição, acresce o controlo laboratorial, efectuado no âmbito de Alertas de Qualidade.

A Lei n.º 2125, de 20 de Março de 1965, estabelece o regime jurídico das farmácias, considerando de interesse público a função de preparar, conservar e distribuir medicamentos ao público e definindo que compete apenas aos farmacêuticos essa função.¹¹⁹ As farmácias só podem assim funcionar mediante licenciamento público, existindo limitações, populacionais e de localização.¹²⁰¹²¹

4.3. Pertencem também aos utentes, de acordo com a Base XIV da LBS, os direitos:

- a) de escolher o serviço e os profissionais de saúde, na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização;
- b) ao livre consentimento, para receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo regra especial¹²²;

¹¹⁴ Cfr. Portaria n.º 29/90, de 13 de Janeiro, alterada pela Portaria n.º 618-A/2005, de 27 de Julho.

¹¹⁵ Cfr. Decreto Lei n.º 118/92, de 25 de Junho, na sua versão actual republicado pelo DL n.º 129/2005, de 11 de Agosto. Veja-se em <http://dre.pt/pdfgratis/2005/08/154A00.PDF#page=5>.

¹¹⁶ Os medicamentos classificados em grupos e subgrupos farmacoterapêuticos integram quatro escalões de participação, que têm subjacentes critérios de essencialidade: Escalão A – participação de 95%; Escalão B – participação de 70%; Escalão C – participação de 40%; Escalão D – participação de 20%. A participação do Estado no preço dos medicamentos integrados no escalão A é acrescida de 5% e nos escalões B, C e D é acrescida de 15% para os pensionistas cujo rendimento total anual não exceda 14 vezes o salário mínimo nacional.

¹¹⁷ São participados a 100%: todos os medicamentos participáveis destinados ao tratamento de doentes com Lúpus, Hemofilia ou Hemoglobinopatias; alguns medicamentos muito específicos utilizados no tratamento de SIDA, Esclerose Múltipla, Esclerose Lateral Amiotrófica, Hepatite C e Doenças Oncológicas; e todos os medicamentos participáveis ou não, destinados ao tratamento de doentes com Fibrose Quística e Paramiloidose.

¹¹⁸ Hospitais, Centros especializados de tratamento ou farmácias de oficina.

¹¹⁹ O regime jurídico do exercício farmacêutico vem regulado no DL n.º 48547, de 27 de Agosto de 1968.

¹²⁰ Recentemente a Autoridade da Concorrência emitiu a sua Recomendação n.º 1/2006 (http://www.autoridadedaconcorrenca.pt/vImages/recomendacao2006_01.pdf), em que propõe diversas medidas para a liberalização do sector farmacêutico.

¹²¹ Para a intervenção do PJ neste domínio, veja-se no capítulo português da Parte III o n.º 3.2.

¹²² Estas excepções à obrigação de obter o consentimento informado concentram-se sobretudo nos casos de urgência como justificação legal do tratamento médico, de direito de saúde pública: vacinação obrigatório, doença de Hansen, internamento compulsivo de doente pulmonar (tuberculose) e doentes mentais, exames médicos em medicina do trabalho, processo penal e processo civil (v.g. nas acções de

- c) a ser tratado adequada, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito;
- d) à confidencialidade dos dados pessoais;
- e) à informação sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável;
- f) à assistência religiosa;
- g) a apresentar queixa sobre o tratamento e, se for caso disso, à reparação por prejuízos sofridos;
- h) a constituir entidades que os representem e defendam os seus interesses;
- i) a 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.

No que se refere à história clínica dos utentes e aos dados aí constantes, cumpre salientar que os mesmos se encontram protegidos, numa primeira linha, pelo segredo profissional que impende sobre os profissionais de saúde, por outro lado existindo regras muito rigorosas de protecção de dados, que não permitem o acesso indiscriminado aos dados de saúde. Cumpre salientar o papel desempenhado pela Comissão Nacional de Protecção de Dados,¹²³ quer na definição de critérios,¹²⁴ quer na verificação e inspecção *in loco* do funcionamento do SNS nesta vertente.

5. GARANTIAS

5.1. Em termos penais, o CP contém vários tipos que, de um modo ou de outro, protegem bens jurídico relacionados com a saúde, designadamente nos crimes contra a integridade física (art.ºs 143.º a 152.º), tendo as ofensas corporais simples prevista uma pena de prisão até três anos ou pena de multa.

O tipo penal específico relativo a intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos, estipula uma pena de 2 anos ou com pena de multa até 240 dias, se pena mais grave não couber por outra via, quando tais intervenções, embora objectiva e subjectivamente lícitas, violem, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, as *leges artis*, criando um perigo para a vida ou de grave ofensa para o corpo ou para a saúde.

Em legislação avulsa, estão previstos diversos tipos penais que protegem a saúde pública,¹²⁵ e em matéria de tráfico de estupefacientes e substâncias psicotrópicas.¹²⁶ Desde a entrada em vigor da Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro, o consumo destas substâncias está descriminalizado, constituindo-se apenas como facto punível como contra-ordenação, estando assim sujeita a intervenção administrativa, essencialmente com preocupações de tratamento e reabilitação.

filiação) e testes de alcoolemia. Por último, cumpre referir que presume-se o consentimento para a doação *post-mortem* de órgãos e tecidos, sendo necessário dissentimento escrito.

¹²³ Entidade administrativa independente com poderes de autoridade, que funciona junto da AR e que tem como atribuição genérica controlar e fiscalizar o processamento de dados pessoais, em rigoroso respeito pelos direitos do homem e pelas liberdades e garantias consagradas na CRP e na lei.

¹²⁴ Veja-se a sua Deliberação n.º 51/2001, em <http://www.cnpd.pt/bin/decisoes/2001/htm/del/del051-01.htm>.

¹²⁵ DL n.º 28/84, de 20 de Janeiro, alterado pelos DL n.º 347/89, de 12 de Outubro, n.º 6/95, de 17 de Janeiro, n.º 20/99, de 28 de Janeiro, n.º 162/99, de 13 de Maio, n.º 143/2001, de 26 de Abril, pelas Leis n.ºs 13/2001, de 4 de Junho, e n.º 108/2001, de 28 de Novembro, e pelo DL n.º 81/2002, de 4 de Abril.

¹²⁶ DL n.º 15/93, de 22 de Janeiro. Cfr. http://www.drogas.pt/media/legislacao/dl_15_93.pdf, ver a demais legislação referente a este assunto em <http://www.drogas.pt/id.asp?id=p2p44p77>.

Para além de, genericamente, estabelecer a punibilidade de condutas comissivas por omissão,¹²⁷ prevê o CP o crime de omissão de auxílio (art.º 200.º), punindo com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 120 dias quem, em caso de grave necessidade, nomeadamente provocada por desastre, acidente, calamidade pública ou situação de perigo comum, que ponha em perigo a vida, a integridade física ou a liberdade de outra pessoa, deixar de prestar a outrem o auxílio necessário ao afastamento do perigo, seja por acção pessoal, seja promovendo o socorro. Existe ainda o tipo especial do art. 284.º, punindo o médico que recusar auxílio em caso de perigo para a vida ou de perigo grave para a integridade física, que não possa ser removido de outra maneira, com pena de prisão até 5 anos.¹²⁸

No que se refere ao direito administrativo sancionatório, é de referir, para além do previsto na legislação sobre as relações de consumo,¹²⁹ o regime sancionatório dos profissionais de saúde enquanto funcionários e agentes do Estado, estabelecido no Estatuto Disciplinar dos Funcionários e Agentes da Administração Central, Regional e Local,¹³⁰ a cargo da IGS.

Os médicos¹³¹ e enfermeiros¹³² estão, cumulativamente, no caso de serem agentes do Estado, também sujeitos à acção disciplinar da respectiva Ordem profissional, por violação da sua deontologia própria.

5.2. No que se refere às obrigações da administração, para além do já referido no âmbito dos poderes de regulamentação, autorização, inspecção e sanção, importa destacar as garantias de qualidade, actualmente dispondo de instrumento orgânico próprio no IQS.

A Comissão Parlamentar de Saúde acompanha a evolução do SNS, sendo também de notar a existência do Observatório Português dos Sistemas de Saúde,¹³³ um projecto da Escola Nacional de Saúde Pública,¹³⁴ que disponibiliza periodicamente uma análise sistematizada.

5.3. A LBS, na sua Base XIV, n.º 1, g), estatui o direito a reclamar e a ver reparado o prejuízo sofrido. Para facilitar o exercício deste direito, adoptou-se em 1997¹³⁵ um formulário uniforme, chamado de Livro Amarelo.

As reclamações exaradas no Livro, bem como quaisquer outras que incidam sobre o funcionamento do Serviço, devem ser remetidas, em 5 dias úteis, ao gabinete do Ministro da Saúde e ao membro do Governo que tutela a Administração Pública.¹³⁶

¹²⁷ Cfr. art.º 10.º do CP, embora apenas nos limites do respectivo n.º 2.

¹²⁸ O art. 8.º do Código Deontológico dos Médicos prevê que "*o médico deve, em qualquer lugar ou circunstância, prestar tratamento de urgência a pessoas que se encontrem em perigo imediato, independentemente da sua função específica ou da sua formação especializada*". Veja-se o texto completo em <http://www.ordemosmedicos.pt/ie/institucional/CNE/Codigo.htm>

¹²⁹ DL n.º 24/96, de 21 de Julho, que estabelece entre outros, o direito à qualidade dos bens e serviços e o direito à protecção da saúde e da segurança física do consumidor, estabelecendo nesse diploma e no DL n.º 234/99, de 25 de Junho, as respectivas sanções, apreensão, retirada do mercado e interdição das prestações de serviços que impliquem perigo para a saúde ou segurança física dos consumidores.

¹³⁰ DL n.º 24/84, de 16 de Janeiro.

¹³¹ DL n.º 282/77, 5 de Julho, cfr. <http://www.ordemosmedicos.pt/ie/institucional/CNE/b6.htm> ; Estatuto Disciplinar dos Médicos, DL n.º 217/94, de 20 de Agosto, cfr. <http://www.ordemosmedicos.pt/ie/institucional/CNE/edisciplinar.htm> .

¹³² Cfr. www.ordemenfermeiros.pt.

¹³³ <http://www.observaport.org/OPSS/>

¹³⁴ <http://www.ensp.unl.pt/index.shtm>

¹³⁵ Cfr. a Portaria n.º 355/97, de 28 de Maio.

¹³⁶ Cfr. a Resolução do Conselho de Ministros n.º 189/96, de 31 de Outubro.

De acordo com a lata abrangência do seu escopo de actuação, pode o PJ receber queixa de qualquer pessoa, singular ou colectiva, sobre matéria de saúde, podendo também iniciar um processo de sua iniciativa.

5.4. A indemnização por danos¹³⁷ por facto ocorrido no SNS pode ser exigida judicialmente ao Estado, ao abrigo do disposto no DL n.º 48051, de 21 de Novembro de 1967.¹³⁸ A responsabilidade civil extracontratual, quer do Estado, quer dos individualmente considerados, prescreve, em geral, nos termos do disposto no art. 498.º do CC, no prazo de três anos a contar da data em que o lesado teve conhecimento do seu direito. Todavia, esse prazo pode ser maior, coincidindo com o da prescrição da responsabilidade penal, caso esta exista, nos termos do art. 118.º, n.º 1, c), do CP.

Embora seja cada vez mais frequente o recurso à via judicial, o que indicará maior interiorização dos direitos do utente, até ao momento existe pouca jurisprudência relevante no que se refere a má prática médica, a maioria das decisões sendo de não provimento e muitas vezes terminando as situações mais claras em acordo. A recente reforma do contencioso administrativo, com reforço das garantias cautelares, possibilitou que, recentemente e antes da decisão final, o Tribunal Administrativo tivesse imposto ao hospital envolvido o pagamento de um valor mensal ao lesado, por forma a este poder, até à sentença, custear os cuidados de saúde necessários e que resultam da alegada má prática médica.

6. SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS

6.1. Para além dos aspectos naturalmente resultantes da legislação referente à saúde sexual e reprodutiva, não existe um diploma específico sobre saúde da mulher, tão pouco se distinguindo os menores consoante o género. As menores são, no entanto, objecto de especial atenção no que se refere à gravidez na adolescência, prevendo o Plano Nacional de Acção para a Inclusão medidas especiais de prevenção, bem como de acompanhamento e apoio às mães adolescentes.¹³⁹

Entre as principais causas de morte nas mulheres, destacam-se as doenças do aparelho circulatório (41%), com particular incidência para as doenças cerebrovasculares (19%), seguidas pelos tumores malignos (19%, em que o cancro da mama representa, por si só, 3% do total)¹⁴⁰

Remetendo-se, no que toca às mulheres reclusas, para o que se deixou escrito no II Relatório da FIO, sobre Direitos da Mulher,¹⁴¹ é de notar a estabilização do seu número e o aperfeiçoamento da sua distribuição pelo território nacional, em função da proximidade ao meio social de origem, por via da inauguração, em Fevereiro de 2005, do novo Estabelecimento Prisional Especial de Santa Cruz do Bispo. Não se iniciou ainda o há muito anunciado processo legislativo de aprovação de nova Lei de Execução das Penas.

Em 15 anos, Portugal, cujos indicadores materno-infantis eram maus, passou a integrar o grupo dos países que mais evoluíram nesta área. Tal terá ficado a dever-se em grande parte à consolidação progressiva do Programa Nacional de Saúde Materno

¹³⁷ Para a intervenção do PJ neste domínio, veja-se no capítulo português da Parte III o n.º 4.

¹³⁸ Regime legal cuja alteração está actualmente em discussão em sede parlamentar, com base em proposta do Governo. Para o seu texto e sequência, ver

http://www3.parlamento.pt/PLC/Iniciativa.aspx?ID_Ini=21144

¹³⁹ <http://www.dgeep.mtss.gov.pt/estudos/pnai.php>

¹⁴⁰ Fonte: INE (dados relativos a 2004).

¹⁴¹ Pg. 264. Veja-se também o Relatório sobre o Sistema Prisional, respeitante a 2003, em http://www.provedor-jus.pt/restrito/pub_ficheiros/RelPrisoas2003.pdf

Infantil (PNSMI) iniciado em 1989. Na assistência perinatal, existem 56 hospitais que dispõem de maternidade. Em Março de 2006 a Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal apresentou um novo relatório para a organização perinatal nacional que tem provocado aceso debate público por propor o encerramento e a concentração de determinados blocos de partos, tendo em vista a racionalização do sistema e a optimização de recursos.¹⁴²

6.2. Reiterando o que se escreveu no III Relatório da FIO, sobre Infância e Adolescência,¹⁴³ a LBS assume como vector essencial a tomada de medidas específicas, dirigidas a grupos especialmente vulneráveis como as crianças e os adolescentes (Base II, n.º 1, c).

A idade pediátrica, para efeitos de assistência hospitalar, termina aos 15 anos. As crianças até aos 12 anos estão isentas do pagamento de quaisquer taxas moderadoras (art.º 2.º, n.º 1, b), do DL n.º 54/92, de 11 de Abril).

Para além do recurso aos serviços de pediatria dos hospitais gerais, existem 3 hospitais pediátricos,¹⁴⁴ bem como serviços de Pedopsiquiatria e Saúde Mental Infanto-Juvenil, para acompanhamento até aos 18 anos. As crianças possuem um Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, onde deve ser registada toda a informação clínica até à maioridade.

A mortalidade infantil, conforme relatado anteriormente, tem tido uma evolução favorável, passando de 5,5 por 1000 nados vivos, em 1999, para um valor de 4,1 em 2003. Idêntica evolução cumpre assinalar na mortalidade neonatal, com valores, respectivamente, de 3,5 por 1000 nados vivos em 1999 de 3,5, para 2,7 em 2003.¹⁴⁵

As crianças estrangeiras, ainda que em situação irregular, acedem aos cuidados de saúde do SNS, através de registo próprio, gerido apenas com finalidade assistencial pelo Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas.¹⁴⁶

6.3. No âmbito das minorias étnicas, sejam ou não constituídas por nacionais portugueses, cumpre destacar o Programa Nacional de Luta Contra as Desigualdades em Saúde¹⁴⁷, que visa englobar um conjunto de medidas dispersas contra a desigualdade no acesso aos cuidados de saúde.

A questão da completa integração das mulheres imigrantes e de minorias étnicas é abordada no Plano Nacional de Acção para a Inclusão (2003-2005) e pensa-se que o será novamente no Plano Nacional de Acção para a Inclusão respeitante a 2006-2008, a elaborar até Setembro de 2006.¹⁴⁸

A assistência sanitária aos reclusos,¹⁴⁹ garantida por lei com base no princípio da igualdade de tratamento face aos cidadãos em liberdade, está entregue, em primeira linha, ao próprio sistema prisional, que, para tanto, dispõe, em termos variáveis, de meios médicos e de enfermagem em cada estabelecimento prisional. De modo também variável, há recurso aos meios locais do SNS. Para consultas de boa parte das

¹⁴² Para mais informação consultar versão integral http://www.portugal.gov.pt/NR/ronlyres/11BC1174-31D8-4571-A83D-D0808E52E4E2/0/Org_Perinatal_Nacional.pdf

¹⁴³ Pg. 307.

¹⁴⁴ <http://www.hmariapia.min-saude.pt/>; <http://www.chc.min-saude.pt/hp/>; http://www.hdestefania.min-saude.pt/hde_frames_pr.htm.

¹⁴⁵ Cfr. II Relatório da FIO, Infância e Adolescência, pg. 308.

¹⁴⁶ DL n.º 67/2004, de 25 de Março. Os dados constantes do registo não podem ser usados para qualquer outro fim (art.º 2.º, n.º 3).

¹⁴⁷ Cfr. http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_42.html#30

¹⁴⁸ Cfr. <http://dre.pt/pdfgratis/2006/04/081B00.PDF#page=3>.

¹⁴⁹ Para a intervenção do PJ neste domínio, veja-se no capítulo português da Parte III o n.º 5.

especialidades, cirurgia e internamento, existe um único hospital prisional, perto de Lisboa. Três estabelecimentos, o de Paços de Ferreira (região norte), Leiria (região centro) e Linhó (região sul), dispõem de unidades intermédias de saúde, dando apoio aos outros estabelecimentos da zona. Alguns estabelecimentos maiores dispõem de zona de internamento, com enfermarias e alguns quartos de isolamento.

A população reclusa tem uma alta prevalência de seropositividade ao VIH, bem como aos vírus da Hepatite B e C, muito em especial esta última por via do grande número de toxicod dependentes. A articulação com os serviços locais de infecciologia, bem como a disponibilização de apoio nesta valência aos estabelecimentos, pelo menos os maiores, é uma realidade que, embora registando progressos significativos, não está ainda totalmente implementada.

Tem sido nos últimos anos alvo de debate a possibilidade de entrega da gestão da assistência prisional nesta matéria ao SNS, estando nomeada uma comissão, formada por representantes dos Ministérios da Justiça e da Saúde, para elaborar propostas a esse respeito. É de notar que, embora tal não suceda noutros campos, o sistema prisional, hoje, fornece um apoio mais relevante aos reclusos que o SNS à população livre, designadamente no que toca a cuidados dentários.

Para além dos hospitais psiquiátricos civis, recorre-se a uma única clínica prisional de saúde mental para internamento de inimputáveis. No que toca aos demais reclusos com doenças mentais, o seu atendimento em meio hospitalar, para além dos recursos do SNS, só é possível nessa clínica e numa pequena secção existente no hospital prisional.

7. PROBLEMAS PARTICULARES

7.1. O SNS dispõe de uma rede de 5 hospitais psiquiátricos que fazem a cobertura nacional dos portadores de doença mental, sendo dois no Porto, um na zona centro e dois em Lisboa. Existe uma rede de referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental, que se insere no Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM), em fase de elaboração. Este plano integra-se no PNS e é enquadrado pelo Plano de Acção Europeu para a Saúde Mental.¹⁵⁰

A rede de cuidados de saúde mental integrada no SNS engloba 39 tipos de estabelecimentos¹⁵¹ (36 de psiquiatria e pedopsiquiatria e 3 de alcoologia), com uma capacidade global de internamento de 2640 camas (60,2% das camas existentes estão nos 5 hospitais psiquiátricos). Em termos de recursos humanos, há 422 psiquiatras, 160 psicólogos, 40 pedopsiquiatras, 124 técnicos de serviço social, 65 terapeutas ocupacionais, 1227 enfermeiros, 5 técnicos de psicomotricidade, 15 terapeutas da fala, 9 educadores de infância, 3 técnicos de educação, 7 professores de ensino especial e 7 clínicos gerais.

O enquadramento jurídico central encontra-se na Lei da Saúde Mental, aprovada pela Lei n.º 36/98, de 24 de Julho,¹⁵² alterada pela Lei n.º 101/99, de 26 de Julho, e complementada pelo DL n.º 35/99, de 5 de Fevereiro, que estabelece os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de psiquiatria e saúde mental.

¹⁵⁰ Cfr. <http://europa.eu.int/scadplus/leg/pt/cha/c11570c.htm>

¹⁵¹ Para mais informação ir a <http://www.dgs.pt>. Na área de Saúde Mental encontra-se a listagem de todos os Estabelecimentos privados em Psiquiatria e Saúde Mental; os Estabelecimentos públicos em Psiquiatria e Saúde Mental e as Organizações não Governamentais em Saúde Mental

¹⁵² http://www.estig.ipbeja.pt/~ac_direito/LSMental.pdf

Este último diploma cria o Conselho Nacional de Saúde Mental, entidade consultiva constituída por representantes de departamentos governamentais, de técnicos, de sociedades científicas, da Ordem dos Médicos, de instituições solidárias e religiosas com actividade no sector,¹⁵³ e de associações de familiares e utentes. Este Conselho, em Setembro de 2002, apresentou um documento com várias propostas e recomendações¹⁵⁴. Algumas dessas propostas têm vindo a ser implementadas, tendo sido anunciada a reestruturação da rede de hospitais psiquiátricos, com o objectivo da criação de serviços de reabilitação na comunidade.

A Lei n.º 36/98 permite, mediante intervenção judicial, o tratamento compulsivo, quer em internamento, quer em ambulatório.¹⁵⁵

Muito recentemente, publicou o Observatório Português dos Sistemas de Saúde um estudo intitulado “*Prioridades de investigação em Saúde Mental em Portugal – as perspectivas de um painel Delphi de psiquiatras e pedopsiquiatras*”.¹⁵⁶

7.2. Quanto à procriação medicamente assistida, a Lei n.º 3/84, de 24 de Março, sobre educação e planeamento sexual, assumiu como obrigação do Estado o apoio em matéria de “tratamento da infertilidade” e de “inseminação artificial” (art.º 9.º)¹⁵⁷. A prática em Portugal de PMA, nas suas diferentes técnicas, é já antiga, tendo o primeiro “bébé-proveta” completado já 20 anos, destacando-se a realizada em centros privados (não subsidiada pelo Estado) e centros ligados a universidades. Continuam a fornecer a realização de PMA os mesmos seis hospitais que se indicaram no II Relatório da FIO, sobre Direitos da Mulher¹⁵⁸.

Como aí se afirmou, no quadro das normas gerais de direito, a prática da PMA encontra-se quase exclusivamente dependente da avaliação ética e deontológica dos profissionais envolvidos.

Na actual legislatura estão em discussão quatro projectos de lei sobre este tema.¹⁵⁹ tendo já sido emitido o parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida,¹⁶⁰ que se assinalou em Relatório anterior.¹⁶¹

Não ocorreu qualquer modificação ao mencionado no II Relatório da FIO, sobre Direitos da Mulher,¹⁶² no que toca ao regime jurídico da interrupção voluntária de gravidez. A aprovação de uma proposta de referendo, pela Resolução da Assembleia da República n.º 52-A/2005, de 29 de Setembro, soçobrou perante um juízo de inconstitucionalidade, por razões formais, formulado pelo Tribunal Constitucional.¹⁶³ O Governo anunciou a realização de um próximo referendo cuja data ainda não foi fixada.

¹⁵³ Que representam um papel imprescindível, em especial no acolhimento social e de internamento por períodos mais longos.

¹⁵⁴ Cfr. <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005982.pdf>.

¹⁵⁵ Para a intervenção do PJ neste domínio, veja-se no capítulo português da Parte III o n.º 6.1.

¹⁵⁶ Cfr. http://www.observaport.org/OPSS/Menu/Cidadao/SaudeMental/tese_fernando_sousa.htm

¹⁵⁷ Cfr. pg. 253, em descrição que não sofre modificação.

¹⁵⁸ Pg. 253. Reitera-se que, em praticamente todos os hospitais com serviços de ginecologia/obstetrícia são asseguradas consultas de infertilidade de 1.ª linha e respectivo tratamento.

¹⁵⁹ Partido Socialista: http://www3.parlamento.pt/PLC/Iniciativa.aspx?ID_Ini=20982; Partido Social Democrata: http://www3.parlamento.pt/PLC/Iniciativa.aspx?ID_Ini=21058; Partido Comunista Português: http://www3.parlamento.pt/PLC/Iniciativa.aspx?ID_Ini=21047 e Bloco de Esquerda: http://www3.parlamento.pt/PLC/Iniciativa.aspx?ID_Ini=20964.

¹⁶⁰ Cfr. <http://www.cneqv.gov.pt/NR/rdonlyres/89DFF1FE-01CD-46FD-A623-4A22A5BF9BFD/0/P044ParecerPMA.pdf>

¹⁶¹ II Relatório da FIO, sobre Direitos da Mulher, pg. 254.

¹⁶² Pg. 254.

¹⁶³ Acórdão do TC n.º 578/2005.

Remete-se para o que se deixou escrito em II Relatório da FIO, sobre Direitos da Mulher,¹⁶⁴ no que toca à contracepção de emergência e à protecção durante a gravidez e após o parto.

7.3. O apoio aos cidadãos em situação de dependência¹⁶⁵ está a cargo da SS,¹⁶⁶ que, através dos serviços locais e dos assistentes sociais no terreno, avalia a situação e estabelece as medidas de apoio adequadas. Existem diversos tipos de apoio, periódicos ou eventuais. Cumpre destacar a “pensão social”, estabelecida pelo DL n.º 464/80, de 13 de Outubro, o “complemento de dependência”, estabelecido pelo DL n.º 265/99, de 14 de Julho, o “rendimento social de inserção”, com regime ultimamente fixado no DL n.º 42/2006, de 23 de Fevereiro, que visa assegurar condições mínimas de combate à pobreza e de progressiva inserção social e profissional e, por último, o recentemente criado “complemento solidário para idosos”, estabelecido pelo DL n.º 232/2005, de 29 de Dezembro.

Paralelamente, no âmbito do sector social, existe uma vasta actuação de diversas Instituições Particulares de Solidariedade Social e das Misericórdias portuguesas¹⁶⁷ que diariamente prestam apoio social à população mais carenciada, seja através de apoio domiciliário, cuidados de higiene e limpeza, fornecimento de refeições ou cuidados de saúde a acamados, seja através de atendimento, com apoio psicológico, fornecimento de refeições e distribuição de bens de primeira necessidade.

Existem ainda várias instituições privadas, sem fins lucrativos, que, com alvo específico ou não, actuam nesta área social.

Em Março de 2006 foi anunciada a criação de uma Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, com o objectivo de prestar cuidados continuados integrados (CCI) e colmatar uma das mais graves lacunas do SNS, em articulação com a SS e as instituições da rede solidária. Estes CCI destinam-se a prestar cuidados de saúde a pessoas idosas doentes e a cidadãos em situação de dependência, independentemente da causa ou idade, e será aplicado de um modo transversal. Esta Rede, que está pensada em dois níveis de operacionalização, regional e local, será constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde (convalescença, média e longa duração), apoio social, e cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo hospitais, centros de saúde, serviços distritais e locais da Segurança Social, a Rede Solidária e as autarquias locais.

7.4 Para pessoas portadoras de deficiência física, existem três unidades hospitalares especializadas nesta área, todas na zona de Lisboa. Os portadores de deficiência mental enquadram-se na rede de Saúde Mental, sendo também aqui muito relevante o peso do sector social.

Estão isentos do pagamento das taxas moderadoras os beneficiários de “abono complementar a crianças e jovens deficientes” e os pensionistas que recebam pensão não superior ao salário mínimo nacional, seus cônjuges e filhos menores, desde que dependentes e os pensionistas de doença profissional com o grau de incapacidade permanente global não inferior a 50%.¹⁶⁸

¹⁶⁴ Pg. 255.

¹⁶⁵ Para a intervenção do PJ neste domínio, veja-se no capítulo português da Parte III o n.º 6.2.

¹⁶⁶ Existe ampla informação em ‘Protecção Social’ na página <http://www.seg-social.pt/>.

¹⁶⁷ Cfr. <http://www.ump.pt/portal/default.asp>

¹⁶⁸ Art.º 2. al. c), f), e q). do DL n.º 173/2003, de 1 de Agosto.

7.5 Com a missão de dinamizar, acompanhar e avaliar toda a actividade de colheita e transplantação de órgãos e tecidos em Portugal, criou-se em 1996, a Organização Portuguesa de Transplantação¹⁶⁹. Em Portugal, o número total de transplantes em 2004 foi de 1538, sendo 38,2% de transplantes de córnea, 26,6% de transplantes renais, 15,6% de transplantes de medula, 15,2% de transplantes hepáticos e o remanescente de transplantes cardíacos, pulmonares e pancreáticos. Está em curso o desenvolvimento do Programa Nacional de Desenvolvimento da Transplantação.¹⁷⁰¹⁷¹

7.6 [Nota para os redactores finais: Nada a referir, excepto o que se já escreveu em 3.2]

7.7 A Portaria n.º 349/96, de 8 de Agosto,¹⁷² aprova a lista de doenças crónicas que, por critério médico, obrigam a consultas, exames e tratamentos frequentes e são potencial causa de invalidez precoce ou de significativa redução de esperança de vida. Os doentes portadores das doenças aqui enunciadas beneficiam de um conjunto mais alargado de benefícios que, entre outros, passam por uma comparticipação especial nos medicamentos que pode ir até 100%, benefícios no cálculo da pensão de invalidez, isenção de taxas moderadoras ou ainda programas específicos para uma determinada doença.¹⁷³¹⁷⁴

7.8 Existe uma rede de referenciação hospitalar de Urgência/Emergência, aprovada em 2001, e que pretende responder ao facto de os Serviços de Urgência se estarem a transformar, progressivamente, na porta de entrada do SNS, assim se tornando grandes consumidores de recursos humanos e financeiros e condicionando, em muitos hospitais, o funcionamento regular de todos os outros Serviços de Acção Médica, do Ambulatório e dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica. Este elevado número de falsas urgências advém de múltiplos factores, entre eles, um défice de actuação dos cuidados primários e uma grande dificuldade de acesso às consultas hospitalares para determinadas franjas da população (que se encontra sem médico de família).

A Urgência Geral Hospitalar está dividida em Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica e Serviços de Urgência Polivalente que se distinguem entre si pelo grau de diferenciação técnica. As Urgências Polivalentes devem estar localizadas nos Hospitais Gerais Centrais e poderão ser, em determinadas circunstâncias (unidades de queimados, por exemplo), de referencia, supra-regional ou, mesmo, nacional.

As dificuldades na marcação de consultas, nomeadamente de consultas da especialidade em ambiente hospitalar, têm-se reflectido nas urgências hospitalares, inundando-as e consumindo recursos humanos e económicos muito avultados. Este problema está diagnosticado e têm sido postas em prática algumas medidas para o atenuar. A Lei n.º 52/2005 de 31 de Agosto, que aprovou as Grandes Opções do Plano para 2005-2009, refere algumas dessas medidas: a) a constituição do Portal da Saúde¹⁷⁵, que actualmente já disponibiliza ampla informação ao cidadão. Futuramente,

¹⁶⁹ Para mais informação consultar <http://www.opt.min-saude.pt/>

¹⁷⁰ Para mais informação consultar http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_42.html#37

¹⁷¹ Para a intervenção do PJ neste domínio, veja-se no capítulo português da Parte III o n.º 6.3.

¹⁷² Cfr. <http://dre.pt/pdfgratis/1996/08/183B00.PDF#page=26>.

¹⁷³ É disso exemplo o programa respeitante ao apoio a diabéticos, disponível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS_MEDICOS/PROGRAMA_CO_NTROLO_DIABETES_MELLITUS

¹⁷⁴ Para a intervenção do PJ neste domínio, veja-se no capítulo português da Parte III o n.º 6.4.

¹⁷⁵ <http://www.min-saude.pt/Portal/>

pretende-se que permita entre outras facilidades, a marcação de consultas online; b) a implementação do Centro de Atendimento da Saúde; c) gestão das Primeiras Consultas de Especialidade dos doentes e o seu seguimento; d) avançar com a disponibilização de novos serviços, como a marcação de consultas através de SMS, a Prescrição Electrónica e o Processo Clínico Electrónico; e e) reorganizar e disponibilizar as consultas de especialidade, descentralizando-as pelas diferentes áreas de saúde.

O sistema de emergência é coordenado pelo INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica¹⁷⁶, organismo do MS. A prestação de socorros no local da ocorrência, o transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes do Sistema, são as principais tarefas do INEM. O INEM, através do Número Europeu de Emergência – 112, dispõe de vários meios para responder com eficácia, a qualquer hora, a situações de emergência médica, incluindo Ambulâncias de Emergência, Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação e Helicópteros de Emergência Médica.

As ambulâncias INEM estão sediadas no próprio Instituto e em corpos de bombeiros. Estão igualmente inseridos no Sistema Integrado de Emergência Médica, Postos Reserva, sediados também em corpos de bombeiros e núcleos da Cruz Vermelha Portuguesa. A vasta cobertura nacional é conseguida através dos acordos com as corporações de bombeiros, onde ficam sediadas unidades do INEM.¹⁷⁷

7.9 Em 2004 foi criado o Plano Nacional de Cuidados Paliativos¹⁷⁸. Os cuidados paliativos, no âmbito do referido plano, incluem o apoio à família, prestados por equipas e unidades específicas de cuidados paliativos, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação. Têm como componentes essenciais o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade. Existem duas unidades de cuidados paliativos devidamente estruturadas e a funcionar, uma no Hospital do Fundão, Centro Hospitalar da Cova da Beira e outra no IPO Porto.¹⁷⁹ Existem também 6 propostas para criação de equipas mistas, comunitárias e hospitalares, de cuidados paliativos.¹⁸⁰ As unidades de cuidados paliativos a implementar agrupam-se em 3 níveis: Cuidados Paliativos de Nível I¹⁸¹; Cuidados Paliativos de Nível II¹⁸² e Cuidados Paliativos de Nível III¹⁸³.

¹⁷⁶ <http://www.inem.min-saude.pt/>

¹⁷⁷ Para a intervenção do PJ neste domínio, veja-se no capítulo português da Parte III o n.º 2.1.

¹⁷⁸ Para mais informação consultar <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006587.pdf>.

¹⁷⁹ Para 2006 existem 3 propostas de alargamento da rede, mais 20 camas no IPO Porto, criação de unidades de cuidados paliativos na Guarda, com 10 camas e uma nova unidade na zona de Lisboa e Vale do Tejo com 21 camas.

¹⁸⁰ Fonte: Ministério da Saúde.

¹⁸¹ São prestados por equipas com formação diferenciada em cuidados paliativos. Estruturam-se através de equipas móveis que não dispõem de estrutura de internamento próprio mas de espaço físico para sediar a sua actividade. Podem ser prestados quer em regime de internamento, quer em regime domiciliário. Podem ser limitados à função de aconselhamento diferenciado.

¹⁸² São prestados em unidades de internamento próprio ou no domicílio, por equipas diferenciadas que prestam directamente os cuidados paliativos e que garantem disponibilidade e apoio durante 24 horas. São prestados por equipas multidisciplinares com formação diferenciada em cuidados paliativos e que, para além de médicos e enfermeiros, incluem técnicos indispensáveis à prestação de um apoio global, nomeadamente nas áreas social, psicológica e espiritual.

¹⁸³ Reúnem as condições e capacidades próprias dos Cuidados Paliativos de Nível II acrescidas das seguintes características: a) desenvolvem programas estruturados e regulares de formação especializada em cuidados paliativos; b) desenvolvem actividade regular de investigação em cuidados paliativos; c) possuem equipas multidisciplinares alargadas, com capacidade para responder a situações de elevada exigência e complexidade em matéria de cuidados paliativos, assumindo-se como unidades de referência.

Pretende-se que até 31 de Dezembro de 2008 estejam em funcionamento: a) 8 unidades de Nível I; b) 3 unidades de Nível II; e c) 2 unidades de Nível III.

7.10 O sistema de saúde dispõe de uma componente de recuperação global e de acompanhamento das pessoas idosas, designadamente através da rede de cuidados continuados, os quais integram cuidados de longa duração. As patologias incapacitantes mais frequentes nas pessoas idosas são as fracturas, incontinência, perturbações do sono, perturbações ligadas à sexualidade, perturbações de memória, demência (nomeadamente doença de Alzheimer), doença de Parkinson, problemas auditivos, visuais, de comunicação e da fala. O SNS dispõe de médicos geriatras que acompanham estes doentes, ainda que possivelmente em número insuficiente ao necessário (atento o envelhecimento da população).

8. CONSIDERAÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE O VIH/SIDA

Cabe actualmente a uma estrutura denominada Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, a funcionar no âmbito do Alto-Comissariado da Saúde, a coordenação da elaboração, direcção e avaliação d execução do Programa Nacional de Prevenção da Infecção VIH/SIDA e outras Doenças de Transmissão Sexual,¹⁸⁴ promovendo a adopção generalizada de práticas clínicas e terapêuticas baseadas no melhor conhecimento disponível.

Existem unidades específicas de rastreio anónimo e gratuito em todo o território nacional, denominadas Centros de Aconselhamento e Detecção do VIH, e que no seu conjunto formam a Rede Nacional de CAD¹⁸⁵.

Portugal apresenta a mais elevada taxa de incidência da infecção VIH no seio da União Europeia (280 casos por milhão de habitantes, em 2004), acima do dobro das mais altas observadas nos restantes países. A dimensão relativa da incidência de casos de SIDA é similar e não se conhece o risco real entre populações caracterizadas por exposições particulares, como trabalhadores do sexo, homens que têm relações sexuais com homens ou utilizadores de drogas injectáveis. Isto impede o conhecimento da dinâmica particular da infecção nestas circunstâncias e a sua relação com a crescente importância da epidemia entre a população heterossexual.

Até 31 de Dezembro de 2005, encontravam-se notificados 28 370 casos de infecção VIH/SIDA nos diferentes estádios de infecção. No relatório sobre Infecção VIH/Sida - A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2005¹⁸⁶, poder-se-á encontrar ampla informação e dados estatísticos tendo por base os casos notificados.¹⁸⁷

Em 2004 o número de casos de VIH diagnosticados e notificados foi de 2594. A taxa de infectados subiu de 228 para os citados 280 casos por milhão de habitantes.

O número de casos notificados de VIH2/SIDA acumulado desde 1983 é de 854 casos. Os casos de VIH2/SIDA correspondem a 3% do número total de casos notificados até 2005.

A forma de transmissão pelo uso de drogas injectáveis diminuiu entre 1997 e 2005 de 50,7% do número total de novos casos para 20,2%. A transmissão entre homens que têm sexo com homens ascendeu ligeiramente, dos 11,1% em 1997 para 14% em 2005. A grande subida de transmissões deu-se nas relações heterossexuais,

¹⁸⁴ Cfr. http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_42.html#6

¹⁸⁵ Cfr. <http://www.sida.pt/>.

¹⁸⁶ Cfr. <http://www.sida.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005704.pdf>

¹⁸⁷ Notificação essa que, note-se, só há pouco mais de um ano se tornou obrigatória; cfr. a Portaria n.º 258/2005, de 16 de Março.

passando de 29,1% em 1997 para representar 64,9% em 2005, isto do número total de novos casos.

O número de casos de mulheres grávidas seropositivas foi, em 2003, de 234 casos, em 2004 de 241 casos e em 2005 de 174 casos.

Cumpram ainda destacar o trabalho no terreno de diversas instituições particulares, em maior ou menor grau envolvidas no apoio social, de que se citam a Abraço,¹⁸⁸ a Liga Portuguesa contra a SIDA e a SOL, associação vocacionada para o apoio à infância. Tal actuação exprime-se essencial mas não exclusivamente ao nível da prevenção e do apoio social, face às rupturas familiares, sociais e económicas que o conhecimento da infecção e a evolução da doença geralmente significam.¹⁸⁹

¹⁸⁸ <http://www.abraco.org.pt/>

¹⁸⁹ Para a intervenção do PJ neste domínio, veja-se no capítulo português da Parte III os n.ºs 4 e 7.

9. FONTES NA INTERNET

Provedor de Justiça: <http://www.provedor-jus.pt> (inclui as tomadas de posição do Provedor de Justiça português, bem como os Relatórios anuais da respectiva actividade (de 1997 em diante)).

Assembleia da República: <http://www.parlamento.pt> (inclui informação sobre actividade parlamentar e processo legislativo).

Portal do Governo: <http://www.governo.gov.pt/Portal/PT> (com ligações aos diversos ministérios).

Tribunal Constitucional: <http://www.tribunalconstitucional.pt>.

Procuradoria-Geral da República: <http://www.pgr.pt>.

Gabinete de Documentação e Direito Comparado da PGR: <http://www.gddc.pt> (inclui bases de dados com os instrumentos bilaterais e multilaterais celebrados por Portugal com outros Estados ou com organizações internacionais).

DGS – Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>

Infarmed – Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento: <http://www.infarmed.pt/>

Instituto Nacional de Estatística: <http://www.ine.pt>.

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge: http://www.insarj.pt/site/insa_home_00.asp

Instituto da Qualidade em Saúde: <http://www.iqs.pt/>

Portal da Saúde: <http://www.min-saude.pt/Portal/>

O.P.T. – Organização Portuguesa de Transplantação: <http://www.opt.min-saude.pt/index.php>

OMS – Organização Mundial da Saúde: <http://www.who.int>

Programa para Prevenção e Eliminação da Exploração do Trabalho Infantil: <http://www.peti.gov.pt>.

Comité dos DESC: <http://www.ohchr.org/spanish/bodies/cescr/index.htm> .

ACS - Coordenação Nacional da Infecção VIH/Sida: <http://www.sida.pt>.

Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva: <http://www.incp.pt>

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge: <http://www.insarj.pt>.

Instituto para a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho: <http://www.ishst.pt/>

Alto Comissariado para a Saúde: <http://www.acs.min-saude.pt>

UNICEF (Portugal): <http://www.unicef.pt>.

União das Misericórdias Portuguesas: <http://www.ump.pt/portal/default.asp>

Instituto de Apoio à Criança: <http://www.iacrianca.pt>.

B. ACTUAÇÃO DO PROVIDOR DE JUSTIÇA

1. INTRODUÇÃO. 2. SISTEMA DE SAÚDE: 2.1. Princípios, estrutura e meios. 2.2. Participação.- 3. DIREITOS: 3.1. Direito à saúde. 3.2. Direito ao medicamento. 3.3. Outros direitos relacionados com a saúde.- 4. REPARAÇÃO. 5. SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS. 6. PROBLEMAS PARTICULARES. 6.1. Saúde Mental. 6.2. Apoio social e sanitário. 6.3. Transplantes. 6.4. Doenças crónicas. 7. CONSIDERAÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE O VIH/SIDA.

1. INTRODUÇÃO:

O PJ é um órgão do Estado, constitucionalmente consagrado, desde 1976, no actual art.º 23.º da CRP, com uma abrangência material muito grande no leque das suas competências.¹

Eleito por maioria qualificada pela AR, é-lhe expressamente cometido pela CRP o recebimento de queixas em que sejam visadas quaisquer entidades públicas, por acções ou omissões, ilegais ou injustas, que às mesmas sejam imputáveis.

Para além dessa competência accionada pelo exercício do direito constitucional de queixa ao PJ, pode este, nos termos do seu Estatuto,² oficiosamente iniciar as averiguações que entenda pertinentes.

Para além das recomendações aos órgãos responsáveis pela resolução dos problemas detectados, se for disso caso, pode o PJ suscitar junto do TC a apreciação, em sede da chamada fiscalização abstracta, da constitucionalidade de quaisquer normas.³

No caso de normas constitucionais que expressamente exijam a produção de normas legais que confirmem exequibilidade a uma sua dimensão preceptiva, pode o PJ suscitar junto do mesmo TC a fiscalização dessa omissão constitucional.⁴

A primeira decisão tomada pelo TC em sede de fiscalização da inconstitucionalidade por omissão foi em matéria que reflexamente interessa ao presente Relatório, tendo sido suscitada a verificação da omissão ilícita de mecanismos legais que conferissem exequibilidade às garantias constitucionalmente estabelecidas em sede de protecção de dados pessoais.⁵

Numa solução de ausência de exclusividade do sistema público de saúde, ganha importância o alargamento que, em 1996, foi feito da competência do PJ, estendendo-a às relações entre privados, quando estiverem em causa direitos, liberdades e garantias, e no quadro de uma relação de domínio.⁶

Se, antes como depois dessa modificação normativa, as queixas reportadas a prestadores privados de saúde são essencialmente tratadas no quadro das entidades com

¹ Todavia, data de 1975, portanto antes da aprovação da CRP, a criação legal do PJ; cfr. DL n.º 212/75, de 21 de Abril.

² Lei n.º 9/91, de 9 de Abril, alterada pela Lei n.º 30/96, de 30 de Agosto, e pela Lei 52-A/2005, de 10 de Outubro. Cfr. <http://www.provedor-jus.pt/legislacao/estatutos.htm>

³ Cfr. art.ºs 281.º, n.ºs 1 e 2, d), com os efeitos previstos no art.º 282.º, tudo da CRP.

⁴ Cfr. art.º 283.º da CRP. Sendo também competentes para tanto o Presidente da República e, em circunstâncias especiais, os presidentes dos parlamentos autonómicos, tem sido o PJ o único órgão a exercer esta competência. Em geral, a declaração solene da verificação da inconstitucionalidade tem provocado o suprimento da omissão em causa, o que também tem sucedido após a apresentação do pedido e antes da decisão judicial.

⁵ Cfr. art.º 35.º, n.º 4, da CRP, e o Acórdão do TC n.º 182/89, que verificou a citada omissão, acessível em <http://dre.pt/pdfgratis/1989/03/05100.PDF#page=28>.

⁶ Cfr. art.º 2.º, n.º 2, do Estatuto do PJ.

poderes públicos⁷ que têm competências fiscalizadoras e sancionatórias, a alteração legislativa em causa permitiu já que o PJ, directamente, se relacionasse com entidades privadas, quer solicitando informações, quer dirigindo recomendações.

Tendo presente os aspectos técnicos tantas vezes presentes nas queixas recebidas, conta o PJ com a colaboração especializada de um assessor médico, desde 1993. Todavia, em primeira linha, no que toca às alegações de má prática, são os reclamantes sempre informados da possibilidade de participação dos factos à IGS e à ordem profissional competente, segundo o caso concreto. São também informados da possibilidade, eventualmente existente, de participação ao Ministério Público, para efeitos penais, e de propositura de acção de indemnização, se necessário com recurso ao apoio judiciário.⁸

Embora, para além do que é legalmente vinculado, seja limitada a análise *a posteriori* dos aspectos técnicos da decisão da IGS ou da ordem profissional em causa, procede-se à mesma, pelo menos para efeitos de averiguação de incongruências na fundamentação ou erro manifesto ou grosseiro.⁹

Os dados respeitantes aos últimos anos indicam o recebimento de cerca de centena e meia de processos por ano, em matéria de saúde,¹⁰ a que há que somar, em 2005, as cerca de três dezenas de queixas apresentadas sobre este assunto por reclusos.

2. SISTEMA DE SAÚDE

2.1. Princípios, estrutura e meios.

Ausente que está da conformação do direito de queixa qualquer hipotética exigência de interesse directo, pessoal e legítimo, tal leva a que, também por esta via, sejam apresentados problemas genéricos e estruturais, relacionados com a própria organização do SNS.

Assim, já em 1978, foi recebida uma reclamação a propósito do funcionamento, num caso concreto, do sistema de emergência médica, accionado então a partir de chamada telefónica para o número de emergência nacional. Aproveitou-se a circunstância para inquirir sobre os mecanismos abstractos desse sistema.

Recolhida a informação pertinente, verificou-se inexistir um sistema que acesse a todas as emergências, estando aquele mecanismo reservado a ocorrências em locais públicos. Para ocorrências noutros locais, seria necessário o contacto com a corporação de bombeiros local.

Mostrando-se inconveniente esta solução por fragmentária, foi recomendada ao Governo a criação de um sistema unificado de emergência médica, sistema esse posteriormente criado.¹¹

Em 1997, na sequência de queixa apresentada por milhares de pessoas, a propósito da dificuldade de acesso a consultas e intervenções cirúrgicas nos hospitais do

⁷ Assim se incluindo as ordens profissionais (Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros).

⁸ A decidir pela SS, com recurso aos critérios hoje fixados na Lei n.º 34/2004, de 29 de Julho, e na Portaria n.º 1085-A/2004, de 31 de Agosto, alterada pela Portaria n.º 288/2005, de 21 de Março. A respeito deste regime formulou o PJ a sua Recomendação n.º 2/B/2005 (cfr. http://www.provedor-jus.pt/recomendetalhe.php?ID_recomendacoes=32).

⁹ Exemplo desse tipo de análise poderá ser encontrado no *Relatório à Assembleia da República*, 2004, pg. 492.

¹⁰ As queixas mais frequentes dizem respeito a atrasos na realização de consultas, exames ou intervenções cirúrgicas, falta de médico de família no centro de saúde respectivo, negligência médica, falta de resposta a reclamações, mau atendimento administrativo e condições específicas de inscrição e comparticipação pelos vários subsistemas, em especial pela ADSE.

¹¹ Relatório de 1978, publicado no DAR, II série, n.º 47, de 3 de Abril de 1979, pg. 1076 (66).

litoral norte do País (zona do Porto), foram realizadas visitas de inspecção a seis centros de saúde e quatro hospitais, com vista a determinar a articulação existente, os procedimentos no encaminhamento de doentes e a marcação de consultas, exames e cirurgias.

Reconheceu-se a razoabilidade das queixas, não sendo os atrasos maiores por se ter verificado pura e simples recusa de marcação para além de certo período. O PJ constatou a ausência total de critérios para avaliar o aproveitamento de recursos por parte dos serviços hospitalares como dos centros de saúde. A articulação, em geral, era inexistente.

Assim, o PJ recomendou a realização de auditorias técnicas aos serviços hospitalares e aos centros de saúde, para, face à sua efectiva capacidade de resposta, se obter mais eficaz rentabilização dos recursos, isto no quadro de um plano de articulação global entre os diferentes níveis do SNS. Mais recomendou a celebração de protocolos específicos entre os hospitais e os centros de saúde, obedecendo a admissão à consulta hospitalar às medidas de articulação preconizadas.

Recomendou também a informatização do processo de gestão de agenda e marcação de consultas, do mesmo modo se obtendo informação de grande valor gestionário.

A resposta foi globalmente favorável, tendo-se posteriormente realizado novas visitas de acompanhamento da situação.¹²

Similar iniciativa foi realizada em finais de 2004, abrangendo vários hospitais e centros de saúde do litoral oeste do país, imediatamente a norte de Lisboa, com especial atenção à ausência de referenciação capaz na especialidade de urologia.¹³

Mais recentemente, foi suscitado um caso concreto em que determinada pessoa, vítima de situação clínica do foro oftalmológico que exigia cirurgia urgente, foi remetida de hospital para hospital, sem que fosse em tempo atalhado o problema. Para além das considerações que se possam fazer, em sede de responsabilidade pelos danos causados pela omissão de tratamento, entendeu o PJ tomar o caso concreto como paradigmático da descoordenação do sistema, na perspectiva do seu utilizador.

Nessa medida, sugeriu-se a adopção de regras claras a propósito dos procedimentos em caso de impossibilidade em tempo útil de tratamento no quadro do SNS, dando-as a conhecer aos utentes em causa. Mais se sugeriu a definição de uma entidade que centralizasse informação sobre o acompanhamento clínico do utente nas várias instituições para onde seja eventualmente encaminhado, propondo-se para tal papel a primeira unidade hospitalar interveniente. Informou o MS estar o assunto em estudo.

2.2. Participação.

Na já mencionada adopção da forma de sociedade anónima para certos hospitais, estabeleceu-se nos respectivos estatutos a existência de um conselho consultivo, órgão que estabeleceria a *ligação entre o Hospital e a comunidade que ele serve, competindo-lhe pronunciar-se e formular recomendações ao conselho de administração sobre a prestação do serviço de saúde à população*. Recebida queixa a respeito de um hospital por não instalar este órgão, apurou-se que tal omissão ocorria em todos os 31 hospitais nestas condições.

¹² Cfr. *Relatório à Assembleia da República*, 1997, pg. 517 e 599.

¹³ Cf. *Relatório à Assembleia da República*, 2004, pg. 435. Recentemente obteve-se notícia de estar em ultimate a respectiva rede de referenciação.

Muito embora, entretanto, fosse já anunciada a passagem desses hospitais de sociedades anónimas a entidades públicas empresariais, com necessária alteração do regime jurídico, entendeu o PJ fazer notar ao Ministro da Saúde a bondade de se salvaguardar a existência de órgãos deste cariz, por outro lado prontamente se colocando os mesmos em funcionamento em termos de se assegurar a necessária articulação entre o hospital e a população por ele servida. Esta posição foi pronta e favoravelmente acolhida.¹⁴

3. DIREITOS:

3.1. Direito à saúde.

A adopção, em 2002, de medidas de gestão empresarial de unidades de saúde, com a assunção de hospitais públicos da forma de sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, permitiu que surgissem notícias a respeito da alegada intenção de um deles em contratualizar os seus serviços com companhias seguradoras, assegurando um acesso privilegiado pelos segurados destas. O PJ, preventivamente, fez notar à entidade envolvida a necessidade de nunca ser ferido o princípio da igualdade de acesso de todos os utentes do SNS aos hospitais públicos, como previsto na própria lei que previa a adopção daquela forma de gestão.¹⁵

Por iniciativa própria, foi inquirido o MS a propósito da ausência de quaisquer normas que regulassem a actividade de execução de tatuagens e aplicação de *piercings*, inquirindo-se sobre a existência de projectos legislativos sobre este assunto. A resposta colhida deu conta de, até final de 2006, estar prevista a adopção de um texto legal que assegure a protecção de quem recorre a tais práticas.

3.2. Direito ao medicamento.

Em 2003 foi apresentada queixa por um utente a quem o respectivo centro de saúde tinha recusado participar no pagamento de uma vacina alergológica dessensibilizante. Ouvida a entidade visada, argumentou a mesma não ter a vacina em causa sido prescrita por especialista.

Reconhecida pela DGS a não aplicação uniforme deste critério, foi recomendado que se assumisse posição sobre a questão, o que foi feito, mantendo-se a orientação descrita, e que a mesma fosse divulgada no seio do SNS, o que também foi acatado.¹⁶

Como anteriormente descrito, a Lei n.º 2125, de 20 de Março de 1965, que contém o regime jurídico da actividade farmacêutica, dispõe na sua base II, n.º 1, que as farmácias só poderão funcionar mediante alvará só concedido a farmacêuticos ou a sociedades em nome colectivo ou por quotas, se todos os sócios forem farmacêuticos e enquanto o forem.

Em 1984, o PJ apresentou ao TC um pedido de fiscalização de constitucionalidade das regras legais pertinentes, por as considerar uma restrição injustificada da propriedade privada e da iniciativa económica, sem base material bastante. Na verdade, poder-se-ia considerar como proporcional e bastante à defesa da saúde pública semelhante exigência mas reportada à direcção técnica da farmácia.

Rejeitado esse pedido, pelo Acórdão n.º 76/85,¹⁷ tirado com 3 votos de vencido, foi apresentado novo pedido pelo PJ em 1995,¹⁸ mas com igual insucesso, através do

¹⁴ Cfr. *Relatório à Assembleia da República*, 2005, II volume, pg. 1079.

¹⁵ Cfr. *Relatório à Assembleia da República*, 2004, pg. 427.

¹⁶ Cfr. *Relatório à Assembleia da República*, 2003, pg. 478.

¹⁷ Cfr. *Diário da República*, II série, de 8 de Junho de 1985.

Acórdão do TC n.º 187/2001.¹⁹ Como se mencionou acima, a Autoridade da Concorrência fez recentemente uma recomendação ao Governo, em sentido concordante com a posição sempre defendida pelo PJ.

3.3. Outros direitos relacionados com a saúde.

Na sequência de queixas apresentadas por utentes do SNS a quem tinham sido indevidamente cobradas despesas com cuidados de saúde prestados, detectou-se uma grande disparidade, entre os vários estabelecimentos do SNS, a respeito do recorte exacto do conceito de “terceiros responsáveis” pelo custeio da assistência, conforme estabelecido na Base XXXIII da LBS. As situações mais flagrantes respeitavam a casos de não identificação prévia do subsistema de saúde do beneficiário, de acidentes de viação ou outros, sempre que não existia um terceiro responsável, legal ou contratualmente, quando existia um terceiro apenas parcialmente responsável e, ainda, nas situações de responsabilidade própria do assistido. Nestes casos, era exigido ao utente o custo das intervenções.

Defendeu o PJ que a “gratuidade tendencial” dos cuidados prestados no âmbito do SNS, constitucionalmente estabelecida, só pode ser afastada “quando exista um subsistema de saúde ou entidade terceira (seguradoras, empregador ou autor de um facto criminalmente punível) responsável”.

Reconheceu a Administração a bondade desta posição e emitiu uma circular para uniformização de critérios.²⁰

Para além dos cuidados prestados directamente ou por entidades convencionadas, o SNS comparticipa os seus utentes nas despesas efectuadas em alguns outros cuidados médicos e, especialmente, nas ajudas técnicas (próteses, armações, lentes, dispositivos de compensação, etc.). Sendo a tabela vigente reportada a 1976, fácil é verificar a desactualização da mesma,²¹ o que o PJ fez notar ao MS. Mais propôs o PJ que, como alternativa a uma mera actualização genérica de valores, fosse antes concentrado o esforço financeiro naqueles apoios que se considerassem mais relevantes.²² Apesar de uma resposta inicialmente positiva, a evolução verificada em 2005 não permite supor a resolução da questão a breve prazo.

A respeito de factores condicionantes da Saúde, é de referir a intervenção do PJ em 1993, fazendo notar ao Governo a bondade da modificação do regime jurídico sobre o Ruído. Apesar das respostas favoráveis, tardou tal iniciativa, tendo-se em 2000 tomado partido a respeito de um projecto então em apreciação.²³ Um número significativo destas observações foi acolhido no Regulamento Geral do Ruído, aprovado pelo DL n.º 292/2000, de 14 de Novembro.

4. REPARAÇÃO

A propósito da infecção pelo VIH de vários utentes hemofílicos do SNS, por via da administração de sangue contaminado ou seus derivados, pertencente a certo lote, aplicado em 1986, entendeu o PJ que, desde que conhecidos os riscos de propagação do

¹⁸ Cfr. *Relatório à Assembleia da República*, 1995, pg. 249.

¹⁹ Cfr. *Diário da República*, II série, de 26 de Junho de 2001.

²⁰ Cfr. *Relatório à Assembleia da República*, 2005, II volume, pg. 1012.

²¹ Por vezes, com valor participado muito inferior ao custo administrativo do pagamento, na ordem das dezenas de cêntimo.

²² Cfr. *Relatório à Assembleia da República*, 2004, pg. 433.

²³ Cfr. *O Provedor de Justiça Defensor do Ambiente*, 2000, pg. 227 e seguintes. Disponível em <http://www.provedor-jus.pt/publicacoes.php>.

VIH por meio da transfusão de sangue e de produtos seus derivados, ainda que não exista rastreio totalmente eficaz, tem obrigações de especial cuidado, designadamente perante a menor dúvida que fosse levantada quanto à inocuidade do produto a administrar.

Em relação à prova do nexo de causalidade entre o dano e o evento, sustentou o PJ não se mostrar justo que os cidadãos atingidos no seu direito à vida, sofram ainda o ónus de provarem a nocividade do produto e o facto de a doença ter sido propagada por acção deste e não de outro qualquer meio comumente reconhecido como idóneo para a transmissão dos vírus causadores de SIDA.

Recomendou, assim, o PJ em 27 de Dezembro de 1993,²⁴ ao Governo, que indemnizasse os lesados, bastando-se com a prova de terem recebido tratamento médico com o lote em causa e apresentando resultado positivo aos marcadores do VIH. Recomendou também que aqueles que, por qualquer motivo, tivessem sido contaminados pelas vítimas directas deviam ser igualmente indemnizadas

Não sendo acatada esta recomendação, a solução seguida consistiu na criação de um tribunal arbitral.

Em 1998, e a propósito de outras situações concretas ocorridas muitos anos antes, uma das quais, envolvendo o VIH2, conduziu à contaminação de várias crianças transfundidas num hospital pediátrico, recomendou o PJ a criação de um regime legal apto a indemnizar vítimas de situações similares, em que, não existindo base para responsabilidade subjectiva ou objectiva, existissem motivos de solidariedade social que o justificassem, sem sucesso, todavia.²⁵

Em 1993 vários doentes sujeitos a hemodiálise no Hospital Distrital de Évora vieram a falecer, e outros agravaram o seu estado de saúde, por via de contaminação da rede camarária de água. O PJ dirigiu ao Governo uma recomendação no sentido de ser assumida a responsabilidade por parte do Estado, através do pagamento de indemnização estabelecida por mediação ou solução arbitral, assim como a prestação da necessária assistência social, psicológica ou outra, a doentes e seus familiares.²⁶ Esta recomendação não foi acatada.

Recomendou também o PJ à Câmara Municipal de Évora a realização de inquérito disciplinar para averiguação das acções ou omissões ilícitas imputáveis aos seus funcionários, o que foi acatado.²⁷

Chama-se aqui também a atenção para o caso que ficou descrito no II Relatório da FIO, dedicado à Mulher,²⁸ a propósito de lesões graves sofridas por uma utente durante o parto. Apesar da recomendação do PJ para o pagamento de uma indemnização, nada foi possível obter, mesmo após reiteração junto de sucessivos Governos.

5. SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS:

A propósito de um caso concreto de recusa de tratamento a cidadão de um país africano, mas a residir legalmente em Portugal há 18 anos, com situação regularizada junto da Administração Fiscal e da Segurança Social, foi ouvido o Hospital em causa, alegando este não estar prevista a assistência, no âmbito do SNS, a cidadãos de países extra-comunitários, na ausência de acordo com Portugal.

²⁴ *Relatório à Assembleia da República*, 1993, pg. 147.

²⁵ *Relatório à Assembleia da República*, 1998, pg. 494.

²⁶ *Relatório à Assembleia da República*, 2004, pg. 101.

²⁷ *Relatório à Assembleia da República*, 2004, pg. 119.

²⁸ Pg. 383.

O PJ interveio junto da DGS, primeiro, e posteriormente junto do Ministro da Saúde, tendo este reconhecido, através do Despacho n.º 25360/2001, de 12 de Dezembro, o acesso, em igualdade de circunstâncias com os portugueses, dos cidadãos estrangeiros, residentes em situação regular, ao SNS. Do mesmo modo, reconheceu-se o acesso aos estrangeiros em situação irregular, desde que permanecendo no País há mais de 90 dias, muito embora devendo estes, salvo situação social grave ou de risco para a saúde pública, arcar com os custos respectivos.²⁹

A assistência na saúde às pessoas privadas de liberdade, em prisão preventiva como em cumprimento de condenação, tem sido sempre uma das preocupações cimeiras nas análises que regularmente vem o PJ realizando da evolução do sistema prisional desde 1996.

Assim, nos Relatórios realizados a partir de visitas efectuadas a todos os estabelecimentos prisionais em 1996, 1998 e 2002,³⁰ foi possível avaliar a assistência prestada em vários aspectos, produzindo várias dezenas de recomendações para melhoria da situação.

Embora se tenha preferido nunca tomar posição sobre a assunção ou não da responsabilidade directa do sector da saúde prisional pelo SNS, o PJ tem sempre defendido o maior envolvimento deste, não só por uma questão de princípio, já que os reclusos também são utentes do SNS, não sendo aliás estanque a realidade penitenciária, mas também por uma cabal racionalização de recursos. Todas as recomendações foram feitas à luz do princípio da igualdade de tratamento, incidindo em especial nas áreas mais problemáticas, como sejam as da toxicoddependência e doenças infecciosas.

Os resultados observados desde 1996 são positivos, designadamente em sede de infecciologia. Só muito recentemente foi obtida resposta positiva a uma recomendação sobre a análise da viabilidade de implementação de esquemas de troca de seringas, à semelhança do que se pratica noutros países, europeus e não só.

Uma percentagem significativa³¹ das queixas recebidas dos próprios reclusos assentam, de modo variável, na alegação de prestação deficiente do Estado, através da administração penitenciária ou não, para assegurar o seu direito à saúde. O acesso a consultas, dentro do sistema prisional, a cirurgias, em geral fora do mesmo, e questões ligadas ao (não) fornecimento de medicamentos constituem o grosso dessas queixas. É também de notar a relativa frequência com que é detectada a falta de coordenação entre as estruturas dependentes do Ministério da Justiça e as do Ministério da Saúde, especialmente no que toca à integração de reclusos em programas de tratamento da toxicoddependência.

6. PROBLEMAS PARTICULARES.

6.1. Saúde Mental.

Em 1982, foi iniciada a verificação do cumprimento da legislação em vigor por parte dos estabelecimentos de saúde mental, no internamento de doentes, designadamente contra a sua vontade. Foi relatada a dificuldade que o procedimento então previsto na Lei n.º 2118, de 3 de Abril de 1963, colocava na eficácia da medida, bem como as dúvidas de constitucionalidade de diversas normas, anteriores que eram da CRP e emitidas num ambiente muito diverso relativo a direitos, liberdades e garantias.

²⁹ Cfr. *Relatório à Assembleia da República*, 2001, pg. 391.

³⁰ Os respectivos relatórios estão disponíveis em <http://www.provedor-jus.pt/relatoriosesp.php>.

³¹ Em 2005, quase 20%, para n=150.

Recomendou o PJ à AR que fosse revista a lei, instituindo um regime análogo ao então já existente para os doentes de Hansen e tendo em conta as recomendações do CE.³² Só muito tardiamente, 14 anos passados, foi aprovada uma nova lei de saúde mental, a Lei n.º 36/98, de 24 de Julho.

6.2. Apoio social e sanitário.

Também no seio do subsistema de saúde próprio dos funcionários públicos, foram simultaneamente recebidas várias queixas em que se relatava atraso de dois e três anos na apreciação de requerimento para pagamento de apoios sociais devidos pela situação de saúde dos beneficiários, em termos de custeio de acompanhante e de complemento por situação de dependência. Exortado o membro do Governo competente, assumiu este o compromisso de, em período inferior a 30 dias, iniciar o pagamento em falta.³³

6.3. Transplantes.

Em 1990, fez o PJ uma recomendação sobre a necessidade de modificação do regime jurídico então vigente sobre doação de órgãos e transplantes, constante do DL n.º 553/76, de 13 de Julho. Apontou o PJ vários aspectos a carecerem de urgente revisão ou regulamentação legal, entre os quais, a até então ausência de regras sobre colheita de órgãos e tecidos em pessoas vivas, o estabelecimento do princípio da gratuidade, as exigências de capacidade para doação, a ausência de critério de morte e a criação de mecanismos que permitissem a manifestação de vontade por qualquer pessoa quanto a doações *post-mortem*.³⁴ Esta recomendação foi acatada com a publicação da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril.³⁵

6.4. Doenças crónicas.

A intervenção do PJ fez-se também sentir a respeito de diversas queixas a propósito da não inclusão da doença de Crohn e da colite ulcerosa no rol de doenças crónicas, com direito à comparticipação total dos medicamentos e à isenção de taxas moderadoras. Ouvido o parecer técnico concordante da Ordem dos Médicos, foi instado o Governo a incluir estas duas patologias na lista de doenças crónicas, se necessário em medida legislativa avulsa dada a premência desta situação. Em geral, foi também reforçada a preocupação de que futuras revisões dos mecanismos de comparticipação ou de taxas moderadoras nunca colocasse em risco o acesso de todos os utentes aos cuidados clínicos e medicamentosos.³⁶ O MS, através do Despacho n.º 15399/2004 (2.ª série), de 2 de Julho,³⁷ acatou esta recomendação.³⁸

³² Cfr. *Relatório à Assembleia da República*, 1984, Diário da Assembleia da República, II série, suplemento ao n.º 61, de 1 de Março de 1985, pg. 2125 (78)

³³ Cfr. *Relatório à Assembleia da República*, 2004, pg. 465.

³⁴ Cfr. *Relatório à Assembleia da República*, 1990, Diário da Assembleia da República, II série, 2.º suplemento-C ao n.º 31, 18 de Maio de 1991, pg. 25 e segs. Também publicado em Raposo, Mário, *Uma perspectiva de actuação*, Provedoria de Justiça, 1991, pg. 166.

³⁵ Cfr. <http://dre.pt/pdfgratis/1993/04/094A00.PDF#page=3>.

³⁶ Cfr. *Relatório à Assembleia da República*, 2003, pg. 465, e 2004, pg. 426.

³⁷ Cfr. <http://dre.pt/pdfgratis2s/2004/07/2S179A0000S00.pdf#page=10>.

³⁸ Cfr. *Relatório à Assembleia da República*, 2004, pg. 438.

7. CONSIDERAÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE O VIH/SIDA

Como consequência do recebimento de queixas a propósito de alegada contaminação por VIH através de transfusões, foi notada pelo PJ a dificuldade de prova dos factos, à partida pela ausência de regras especificamente destinadas à conservação dos respectivos registos. Nessa medida, recomendou o PJ que fosse legislativamente consagrada a obrigação de conservação ilimitada da informação respeitante à recolha e administração de sangue,³⁹ o que foi acatado, por um período mínimo de 50 anos, pelo Decreto Regulamentar n.º 16/95, de 29 de Maio.⁴⁰

Em 1999, foi apresentada queixa a propósito da dispensa de serviço de cozinha de militar a quem tinha sido diagnosticada infecção por VIH, situação essa, aliás, que tinha também sido comunicada ao comandante da sua unidade. O PJ recomendou ao Chefe de Estado-Maior do Exército, em geral, que tais análises só fossem efectuadas com o consentimento informado do militar, em caso algum se revelando o resultado a entidade não médica e não sendo tomadas quaisquer medidas discriminatórias que se não conformem com o parecer de junta médica. Mais se recomendou a colocação do interessado em situação compatível com a sua condição de saúde. A recomendação foi acatada em 2000.⁴¹

Também como manifestação de discriminação dos portadores de VIH, mas não só, foi recebida uma queixa a respeito da exigência de análises para despiste de VIH, sífilis e hepatites B e C, para acesso a cursos de formação profissional, no âmbito do Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP). Este, em sua defesa, alegou ter apenas sido solicitado tal para os candidatos a certas actividades.

O PJ consultou diversas entidades públicas ligadas com a matéria, incluindo a Ordem dos Médicos, essencialmente quanto à justificação substantiva do despiste face às actividades enunciadas. Todos os pareceres foram negativos quanto a essa justificação.

Fez-se notar este facto ao IEFP, bem como a circunstância de não parecer estar a ser cumprida a exigência do consentimento informado, prévio à colheita. As observações foram acolhidas, através de uniformização de procedimentos a nível nacional.⁴²

Acessoriamente para prevenção de comportamentos discriminatórios, mas essencialmente pela dignidade dos doentes e pela reserva que merece a sua intimidade, tem tido o PJ também ocasião de intervir em casos em que tal sigilo estava comprometido.

Num desses casos, adicionalmente, ocorreu estar em causa conduta de um hospital privado, o que motivou que, pela primeira vez na história da instituição, tivesse sido dirigida uma recomendação a uma entidade privada, aliás acatada, invocando a então recente alteração introduzida pela Lei n.º 36/96 no art.º 2.º, n.º 2, do Estatuto do PJ. Assim, nas instalações desse hospital estava colocado em local visível por qualquer transeunte informação sensível, designadamente associando o nome de cada utente, a sua patologia ou a terapêutica instituída.⁴³ Foi recomendada a alteração desta prática, o que foi aceite, assegurando-se o acesso reservado a quem, pelas suas funções clínicas, tivesse essa estrita necessidade.⁴⁴

³⁹ Cfr. *Relatório à Assembleia da República*, 2004, pg. 175.

⁴⁰ Cfr. <http://dre.pt/pdfgratis/1995/05/124B00.PDF#page=6>.

⁴¹ Cfr. *Relatório à Assembleia da República*, 1999, II volume, pg. 89.

⁴² Cfr. *Relatório à Assembleia da República*, 2004, pg. 444.

⁴³ Facilmente se percebendo, no caso dos antiretrovíricos, qual a patologia presumível.

⁴⁴ Cfr. Recomendação n.º 78/A/97, in *Relatório à Assembleia da República*, 1997.

Também em várias instituições de saúde públicas foram detectadas práticas administrativas erradas, como o chamamento nominal dos doentes para consultas claramente marcadas como sendo “de SIDA”, assim permitindo aos demais utentes o conhecimento do estado de saúde do chamado, aliás identificado, ou a exigência feita aos doentes que realizavam certas análises ligadas com a infecção por VIH de manterem à vista um recipiente próprio, funcionando como marca potencialmente estigmatizante. Esta intervenção do PJ teve, em geral, bom acolhimento pelas instituições visadas.⁴⁵

⁴⁵ Cfr. *A Provedoria de Justiça na salvaguarda dos Direitos do Homem*, 1999, pg. 107.