

Direito à proteção da saúde – O Serviço Nacional de Saúde – Generalidade

Data da última atualização: 12 de janeiro de 2023

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

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

- a) Da criação de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;
- b) Da criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.

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

- a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
- b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;
- c) Orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;

- d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o SNS, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;
- e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico;
- f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.

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

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

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

O SNS, tal como definido no artigo 2.º do seu Estatuto, que consta do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto¹, é, precisamente, o *“conjunto organizado e articulado de*

¹ O Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, aprovou o novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, o regime de criação, organização e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) e os Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde (ULS), integrados no setor empresarial do Estado ou no setor público administrativo. Por conseguinte, este diploma revogou o Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, que havia aprovado o anterior Estatuto do SNS.

Conforme consta do seu preâmbulo, “o novo Estatuto do SNS começa por precisar a definição de SNS, o catálogo dos seus estabelecimentos e serviços — sublinhando-se a articulação com os demais serviços e organismos do Ministério da Saúde: a Direção-Geral da Saúde, a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., e o INFARMED — Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. —, bem como os direitos e deveres dos seus beneficiários.”

O Estatuto do SNS dispõe, ainda, “sobre a organização territorial e funcional do SNS, baseada em regiões de saúde e em níveis de cuidados, e sobre o seu funcionamento, focado na proximidade da prestação, na integração de cuidados e na articulação inter-regional dos serviços, promovendo as respostas domiciliárias e os sistemas de informação que acompanham o utente no seu percurso.”

Destaca-se, também, uma das suas principais inovações: a criação, pelo Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, da Direção Executiva do SNS. Ora, de acordo com o prescrito no artigo 1.º da orgânica da Direção Executiva do SNS, aprovada em anexo a este diploma, esta Direção é um instituto público, de regime especial, nos termos da lei, integrada na administração indireta do Estado, dotada de autonomia administrativa e financeira e de património próprio, que prossegue atribuições da área governativa da saúde, sob a superintendência e a tutela do respetivo membro do Governo. A Direção Executiva do SNS exerce as suas atribuições sobre os estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde.

A Direção Executiva do SNS tem por missão, nos termos do n.º 1 do artigo 3.º da sua orgânica, “coordenar a resposta assistencial do SNS, assegurando o seu funcionamento em rede, a melhoria contínua do acesso a cuidados de saúde, a participação dos utentes e o alinhamento da governação clínica e de saúde”. As suas atribuições estão consagradas no n.º 2 do mesmo artigo.

Salienta-se, ainda, que o Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro, operou a reestruturação dos seguintes serviços e organismos do Ministério da Saúde (MS): Secretaria-Geral (SG), Direção-Geral da Saúde (DGS), Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS, I.P.) e Administrações Regionais de Saúde (ARS, I.P.) – cfr. artigo 3.º do diploma. Deste modo, a Direção Executiva do SNS sucede nas atribuições da ACSS, I.P. em matéria de gestão do acesso, da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e da Rede Nacional de Cuidados Paliativos; sucede nas atribuições da DGS em matéria de coordenação das relações internacionais do MS; e, por fim, sucede nas atribuições das ARS, I.P. em matéria de acordos com entidades prestadoras de cuidados de saúde e entidades do setor privado e social.

Em particular, e na sequência das alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 61/2022, sublinha-se que, nos termos do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de setembro, a ACSS tem por missão assegurar o planeamento e gestão dos recursos financeiros do Ministério da Saúde e do SNS, o planeamento dos recursos humanos e da malha de instalações e equipamentos na área da saúde, bem como a contratação da prestação de cuidados em articulação com a Direção Executiva do SNS. As suas atribuições estão plasmadas no n.º 2 deste artigo, cabendo-lhe, entre outras, a celebração de acordos, sob proposta da Direção Executiva, com entidades prestadoras de cuidados de saúde, entidades do setor privado ou social e com profissionais em regime de trabalho independente, incluindo nas áreas dos cuidados continuados integrados e cuidados paliativos, bem como celebrar e acompanhar os contratos em regime de parceria público-privada. Neste sentido, cfr. também o artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro, que aprova a orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P..

Por seu turno, o artigo 19.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de setembro, dispõe que as ARS têm por missão assegurar o planeamento regional dos recursos, numa ótica de coordenação intersectorial, promovendo a coesão territorial na área da saúde e desenvolvendo atividades no âmbito da saúde pública e dos comportamentos aditivos e dependências. As suas atribuições estão consagradas no n.º 2 deste artigo, salientando-se o planeamento regional dos recursos, incluindo a execução e acompanhamento dos necessários projetos de investimento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, em articulação com a Direção Executiva do SNS, bem como apoiar a nível regional a coordenação nacional da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, em articulação com a Direção Executiva.

estabelecimentos e serviços públicos, dirigido pelo Ministério da Saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde”, sendo este objetivo concretizado no n.º 1 da Base 6 da LBS: “A responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde efetiva-se primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos, podendo, de forma supletiva e temporária, ser celebrados acordos com entidades privadas e do setor social, bem como com profissionais em regime de trabalho independente, em caso de necessidade fundamentada.”.

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

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

- “a) A promoção da saúde e a prevenção da doença, devendo ser consideradas na definição e execução de outras políticas públicas;*
- b) A melhoria do estado de saúde da população, através de uma abordagem de saúde pública, da monitorização e vigilância epidemiológica e da implementação de planos de saúde nacionais, regionais e locais;*
- c) As pessoas, como elemento central na conceção, organização e funcionamento de estabelecimentos, serviços e respostas de saúde;*
- d) A igualdade e a não discriminação no acesso a cuidados de saúde de qualidade em tempo útil, a garantia da equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços e a adoção de medidas de diferenciação positiva de pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade;*
- e) A promoção da educação para a saúde e da literacia para a saúde, permitindo a realização de escolhas livres e esclarecidas para a adoção de estilos de vida saudáveis;*
- f) A participação das pessoas, das comunidades, dos profissionais e dos órgãos municipais na definição, no acompanhamento e na avaliação das políticas de saúde;*
- g) A gestão dos recursos disponíveis segundo critérios de efetividade, eficiência e qualidade;*

Neste sentido, cfr. ainda o artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro, que aprova a orgânica das Administrações Regionais de Saúde, I.P..

- h) O desenvolvimento do planeamento e a institucionalização da avaliação em saúde como instrumentos promotores de uma cultura de transparência das escolhas e de prestação de contas;*
- i) O incentivo à investigação em saúde, como motor da melhoria da prestação de cuidados;*
- j) O reconhecimento da saúde como um investimento que beneficia a economia e a relevância económica da saúde;*
- k) A divulgação transparente de informação em saúde;*
- l) O acesso ao planeamento familiar, à saúde sexual, escolar, visual, auditiva e oral e o diagnóstico precoce.”.*

Finalmente, a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, reconhece ao utente dos serviços de saúde o direito a receber os cuidados de saúde de que necessita, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos (cfr. artigo 4.º, n.º 1), e a Convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina (CDHB) afirma, no seu artigo 3.º, a obrigação do Estado, tendo em conta as necessidades de saúde e os recursos disponíveis, tomar as medidas adequadas com vista a assegurar, sob a sua jurisdição, um acesso equitativo aos cuidados de saúde de qualidade apropriada.

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

Já a promoção da saúde engloba o conjunto de medidas destinadas a práticas de manutenção e fomento de uma vida saudável, onde a saúde física e mental seja uma preocupação à escala social e não meramente individual. Nesse sentido, constitui um processo para garantir os meios necessários para um maior controle sobre a saúde e para a melhorar, compreendendo não só as ações que visam reforçar as aptidões e capacidades dos indivíduos, mas também as medidas que visam alterar o contexto social, ambiental e económico, de modo a reduzir os seus efeitos negativos sobre a saúde pública e sobre a saúde das pessoas².

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

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

O Serviço Nacional de Saúde

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

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

- a) **Universalidade**, garantindo a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade;
- b) **Generalidade**, assegurando os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes;
- c) **Tendencial gratuidade dos cuidados**, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;
- d) **Integração de cuidados**, salvaguardando que o modelo de prestação garantido pelo SNS está organizado e funciona de forma articulada e em rede;
- e) **Equidade**, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis;
- f) **Qualidade**, visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa;

- g) **Proximidade**, garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde;
- h) **Sustentabilidade financeira**, tendo em vista uma utilização efetiva, eficiente e de qualidade dos recursos públicos disponíveis;
- i) **Transparência**, assegurando a existência de informação atualizada e clara sobre o funcionamento do SNS.

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

- a) Coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde que integram o SNS, bem como, daquelas que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP);
- b) Gerir a RNCCI, incluindo a área de saúde mental, e a RNCP, em articulação com os demais organismos competentes;
- c) Assegurar o funcionamento em rede do SNS, através da articulação nacional dos diferentes estabelecimentos e serviços, da integração dos diversos níveis de cuidados e da procura de respostas de proximidade, nomeadamente coordenando a criação, revisão e gestão das Redes de Referência Hospitalar;
- d) Assegurar o alinhamento da governação clínica institucional com a governação de saúde, considerando as recomendações do Plano Nacional de Saúde;
- e) Garantir a melhoria contínua do acesso ao SNS, bem como assegurar a gestão do sistema de acesso e tempos de espera e do sistema de inscritos para cirurgia;
- f) Definir as diretrizes a que devem obedecer os planos e programas de ação dos estabelecimentos e serviços do SNS, bem como os critérios de avaliação dos resultados obtidos;
- g) Emitir normas e orientações no âmbito da integração de cuidados, serviços e redes do SNS;
- h) Monitorizar o desempenho e resposta do SNS, designadamente através de inquéritos de satisfação aos beneficiários ou utentes e profissionais de saúde;

- i) Promover a participação pública no SNS, garantindo a intervenção dos beneficiários do SNS, designadamente das associações de utentes, nos processos de tomada de decisão;
- j) Assegurar a representação do SNS;
- k) Exercer as demais competências que lhe sejam atribuídas por lei, bem como praticar todos os atos que lhe sejam delegados.

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

A generalidade

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

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

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

Para cumprir o princípio da generalidade, a organização funcional do SNS³ sustenta-se em diferentes níveis de cuidados de saúde (primários, hospitalares e continuados integrados, sendo certo que as intervenções ao nível da saúde pública e dos cuidados paliativos

³ Nos termos do artigo 6.º dos Estatutos do SNS, este organiza-se por regiões de saúde – Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

integram o SNS, independentemente do nível de cuidados em que são realizadas) e abrange:

(i) desde logo, e em primeira linha, os estabelecimentos e serviços públicos, que efetivam a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde e que prestam cuidados de saúde, nas vertentes de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, bem como, serviços de saúde, instrumentais à prestação de cuidados de saúde⁴; e

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

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

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

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

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

i. Cuidados de saúde primários

Os cuidados de saúde primários⁵ constituem um elemento central do SNS e assumem, numa perspetiva integrada e de articulação com outros serviços, importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, de prestação de cuidados de saúde, e de acompanhamento de qualidade, proximidade e continuidade às pessoas. A rede de cuidados de saúde primários foi criada com o propósito de providenciar cuidados de saúde abrangentes aos utentes e assumir-se, em articulação permanente com os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde continuados, como um parceiro fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença.

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

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

Ora, os ACES são institutos públicos de regime especial integrados na administração indireta do Estado, com autonomia administrativa e podendo deter património próprio, constituídos por centros de saúde⁶. De acordo com o n.º 3 do artigo 33.º do novo Estatuto

⁵ Cfr. o estudo realizado pela ERS, sobre “*Monitorização sobre acesso a cuidados de saúde primários no SNS*”, 2022, disponível para consulta em https://ers.pt/media/f3vjniey/os_252372_2022_deas-monitoriza%C3%A7%C3%A3o-acsp.pdf; o “*Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS*”, 2009, disponível para consulta em <https://www.ers.pt/media/jrdp50oy/file-24.pdf> e, ainda, o “*Estudo sobre as Unidades de Saúde Familiar e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados*”, 2016, disponível para consulta em <https://www.ers.pt/media/emrjttgz/file-56.pdf>.

⁶ Nos termos do artigo 38.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, os ACES podem compreender as seguintes unidades funcionais:

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

do SNS, “Os ACES prosseguem as atribuições do Ministério da Saúde, sob superintendência e tutela do respetivo membro do Governo, sem prejuízo das competências da Direção Executiva do SNS.”

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

- “a) Comunitário e de base populacional;*
- b) Personalizado com base na livre escolha pelos utentes;*
- c) Exercício de funções de autoridade de saúde, quando aplicável;*
- d) Intervenção nos comportamentos aditivos, quando aplicável.”*

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

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

Os centros de saúde devem assegurar aos utentes a melhor acessibilidade possível, nomeadamente através do princípio do atendimento no próprio dia, marcação de consultas

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

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

para hora determinada⁷, respostas à doença aguda, atendimento telefónico e por meios de comunicação à distância e, sempre que adequado, serviços domiciliários e de telessaúde. Funcionam normalmente entre as 8 e as 20 horas nos dias úteis, podendo o horário de funcionamento⁸ ser alargado até às 24 horas, nos dias úteis e, eventualmente, aos sábados, domingos e feriados, em função das necessidades da população, características geodemográficas da área por eles abrangida e disponibilidade de recursos (cfr. artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 52/2022).

ii. Cuidados de saúde hospitalares

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

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

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

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

⁷ Cfr. Anexo I da [Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio](#), que define os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no SNS, para todo o tipo de prestações de saúde sem caráter de urgência e aprova e publica a Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS, onde constam os tempos que devem ser respeitados no atendimento e prestação de cuidados de saúde aos utentes nos cuidados de saúde primários.

⁸ Nos termos do n.º 3 do artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, “*O horário de funcionamento dos centros de saúde e das suas unidades é obrigatoriamente publicitado, designadamente através de afixação no exterior e interior das instalações e divulgação por meios telemáticos.*”

do Estado, dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do respetivo regime jurídico, constituídas por tempo indeterminado.”

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

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

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

“a) Funcionamento em rede e promoção da articulação funcional da prestação de cuidados de saúde hospitalares com a prestação de cuidados de saúde primários, de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos, sob a coordenação da Direção Executiva do SNS;

b) Garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade, mediante utilização eficiente dos recursos que lhe são afetos, privilegiando a hospitalização domiciliária e os cuidados de ambulatório sempre que se demonstre tecnicamente adequada;

c) Realização das suas atividades de acordo com instrumentos de gestão previsional, nomeadamente contratos-programa, planos estratégicos, planos de atividade e orçamentos anuais e plurianuais, e com cumprimento dos objetivos de política de saúde definida pelo Ministério da Saúde;

d) Financiamento das suas atividades e resultados através de mecanismos de contratualização com o Estado, em especial, com base em:

i) Tabelas de preços e acordos em vigor no SNS;

ii) Modelos de capitação ajustada pelo risco, desenvolvidos com base nas características da população da área de referência; e

iii) Transferências do Orçamento do Estado no caso dos hospitais integrados no setor público administrativo;

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

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

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

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

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

Também a própria Lei n.º 15/2014, de 21 de março, impõe esta regra de funcionamento articulado e integrado, identificando situações específicas de acesso a determinados cuidados de saúde, constantes do regime de proteção na conceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, para cumprimento do princípio da generalidade nestas matérias. Assim, nos termos dos n.ºs 8 e 9 do artigo 15.º-C deste diploma legal, *“De acordo com a avaliação do risco pré-natal efetuada, os serviços de saúde que não possam assegurar à mulher grávida os cuidados de que esta necessita devem garantir uma referência planeada, célere e eficaz, para outro serviço de saúde mais diferenciado, de acordo com as redes de referência em vigor, mediante protocolos definidos entre os serviços de saúde envolvidos.”*, e *“Na intervenção no âmbito da prestação de cuidados na assistência na gravidez deve ser garantida a adequada articulação e complementaridade entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, em especial através das unidades coordenadoras funcionais no âmbito do SNS.”*

iii. Cuidados de saúde continuados integrados

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

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

“[...] verificam-se carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Estão, assim, a surgir novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida. Tais respostas devem ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e, simultaneamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários e do

reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar. Promover a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades, constitui uma das políticas sociais que mais pode contribuir para a qualidade de vida e para a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária. [...]

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

A prossecução de tal desiderato pressupõe a instituição de um modelo de intervenção integrado e ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado como principal incentivador. Tal modelo tem de situar-se como um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar.

Neste contexto, pretende-se dinamizar a implementação de unidades e equipas de cuidados, financeiramente sustentáveis, dirigidos às pessoas em situação de dependência, com base numa tipologia de respostas adequadas, assentes em parcerias públicas, sociais e privadas, visando contribuir para a melhoria do acesso do cidadão com perda de funcionalidade ou em situação de risco de a perder, através da prestação de cuidados técnica e humanamente adequados. Estas unidades e equipas devem assentar numa rede de respostas de cuidados continuados integrados em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social. [...].”

Neste contexto, a RNCCI é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e/ou de apoio social, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais, bem como pelo conjunto de unidades e

equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, criado pelo Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro (cfr. artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 101/2006).

Por “cuidados continuados integrados” entende-se *“o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”* (cfr. alínea a) do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 101/2006); por “cuidados paliativos”, entende-se *“os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais”* (cfr. alínea b) do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 101/2006).

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

- a) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;
- b) A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- c) O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;
- d) A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- e) O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;

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

g) A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.

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

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

a) Prestação individualizada e humanizada de cuidados;

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

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

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

e) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados;

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

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

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

- i) Participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados;
- j) Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

Nos termos do artigo 7.º, em conformidade com o que a própria CRP impõe, a RNCCI assenta na garantia do direito da pessoa em situação de dependência:

- a) À dignidade;
- b) À preservação da identidade;
- c) À privacidade;
- d) À informação;
- e) À não discriminação;
- f) À integridade física e moral;
- g) Ao exercício da cidadania;
- h) Ao consentimento informado das intervenções efetuadas.

A RNCCI baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada que prevê diferentes tipos de unidades e equipas para a prestação de cuidados de saúde e/ou de apoio social e assenta nas seguintes bases de funcionamento (cfr. artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 101/2006):

- a) Interceção com os diferentes níveis de cuidados do sistema de saúde e articulação prioritária com os diversos serviços e equipamentos do sistema de segurança social;
- b) Articulação em rede garantindo a flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas de cuidados;
- c) Coordenação entre os diferentes setores e recursos locais;
- d) Organização mediante modelos de gestão que garantam a prestação de cuidados efetivos, eficazes e oportunos, visando a satisfação das pessoas e que favoreçam a otimização dos recursos locais;
- e) Intervenção baseada no plano individual de cuidados e no cumprimento de objetivos.

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

- a) Unidades de internamento (unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação e unidades de longa duração e manutenção);
- b) Unidades de ambulatório (unidade de dia e de promoção de autonomia);
- c) Equipas hospitalares (equipas de gestão de altas);
- d) Equipas domiciliárias (equipas de cuidados continuados integrados)

São destinatários das unidades e equipas da Rede as pessoas que se encontrem em alguma das seguintes situações:

- a) Dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro;
- b) Dependência funcional prolongada;
- c) Idosas com critérios de fragilidade;
- d) Incapacidade grave, com forte impacte psicossocial;
- e) Doença severa, em fase avançada ou terminal.

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

“1 - O ingresso na Rede é efectuado através de proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados ou das equipas de gestão de altas, na decorrência de diagnóstico da situação de dependência.

2 - A admissão nas unidades de convalescença e nas unidades de média duração e reabilitação é solicitada, preferencialmente, pela equipa de gestão de altas na decorrência de diagnóstico da situação de dependência elaborado pela equipa que preparou a alta hospitalar.

3 - A admissão nas unidades de média duração e reabilitação é, ainda, determinada pela equipa coordenadora local.

4 - A admissão nas unidades de longa duração e manutenção e nas unidades de dia e de promoção da autonomia é determinada pela equipa coordenadora local, na decorrência de diagnóstico de situação de dependência por elas efectuado.

[...]

6 - A admissão nas unidades de internamento depende, ainda, da impossibilidade de prestação de cuidados no domicílio e da não justificação de internamento em hospital de agudos.

[...]

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

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

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

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

“1 - Esgotado o prazo de internamento fixado e não atingidos os objectivos terapêuticos, deve o responsável da unidade ou equipa da Rede preparar a alta, tendo em vista o ingresso da pessoa na unidade ou equipa da Rede mais adequada, com vista a atingir a melhoria ou recuperação clínica, ganhos visíveis na autonomia ou bem-estar e na qualidade da vida.

2 - A preparação da alta, a que se refere o número anterior, deve ser iniciada com uma antecedência suficiente que permita a elaboração de informação clínica e social, que habilite a elaboração do plano individual de cuidados, bem como a sequencialidade da prestação de cuidados, aquando do ingresso noutra unidade ou equipa da Rede.

3 - A preparação da alta obriga que seja dado conhecimento aos familiares, à instituição de origem e ao médico assistente da pessoa em situação de dependência.”

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

estão integradas na RNCCI, articulando-se com os serviços locais de saúde mental (SLSM).

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

- a) Consideração das necessidades globais, que permita o desenvolvimento das capacidades pessoais e a promoção da vida independente e de um papel ativo na comunidade;
- b) Respeito pela privacidade, confidencialidade e autodeterminação através do reconhecimento das decisões informadas acerca da própria vida;
- c) Respeito pelos direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais, para o efetivo exercício da cidadania plena;
- d) Respeito pela igualdade e proibição de discriminação com base no género, origem étnica ou social, idade, religião, ideologia ou outro qualquer estatuto;
- e) Promoção de relações interpessoais significativas e das redes de suporte social informal;
- f) Envolvimento e participação dos familiares e de e outros cuidadores;
- g) Integração das unidades em contextos comunitários inclusivos e não estigmatizantes;
- h) Localização preferencial das unidades no âmbito territorial dos SLSM, de forma a facilitar a articulação e a continuidade de cuidados;
- i) Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas;
- j) Eficiência e qualidade na prestação dos serviços.

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

- a) A reabilitação e autonomia das pessoas com incapacidade psicossocial;
- b) A manutenção ou reforço das competências e capacidades das pessoas com incapacidade psicossocial, com vista ao desenvolvimento do seu processo de recuperação;
- c) A integração familiar e social das pessoas com incapacidade psicossocial;

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

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

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

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

b) Unidades sócio-ocupacionais;

c) Equipas de apoio domiciliário.

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

a) Se encontrem a viver na comunidade;

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

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

d) Sejam referenciadas pelos SLSM.

Esgotado o prazo de internamento fixado e não sendo atingidos os objetivos terapêuticos, deve o responsável da unidade ou equipa preparar a saída, em articulação com a respetiva equipa coordenadora e o SLSM, tendo em vista o ingresso da pessoa na unidade ou equipa mais adequada, procurando atingir a melhoria ou a recuperação, ganhos visíveis na autonomia ou bem-estar e na qualidade da vida (cfr. n.º 1 do artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 8/2010).

Cabe à Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde coordenar a resposta assistencial das unidades que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

(RNCCI), bem como gerir a RNCCI, incluindo a área de saúde mental, em articulação com os demais organismos competentes, assim como assegurar o funcionamento em rede do SNS (cfr. als. a), b) e c) do n.º 1 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e als. a), b) e c) do n.º 2 do artigo 3.º do anexo I do Decreto-Lei n.º 61/2022, de 23 de setembro).

iv. Cuidados paliativos

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

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

“a) «Cuidados paliativos» os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais;

b) «Ações paliativas» as medidas terapêuticas sem intuito curativo, isoladas e praticadas por profissionais sem preparação específica, que visam minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente, nomeadamente em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva;

c) «Continuidade dos cuidados» a sequencialidade, no tempo e nos serviços da RNCP, e fora desta, das intervenções integradas de saúde e de apoio psicossocial e espiritual;

[...]

k) «Cuidados continuados de saúde» o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na

recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social;”.

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

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

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

- a) Afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica;
- b) Aumento da qualidade de vida do doente e sua família;
- c) Prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa, de cuidados paliativos aos doentes que necessitem deste tipo de cuidados;
- d) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados paliativos;
- e) Conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas;
- f) Consideração pelas necessidades individuais dos pacientes;
- g) Respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas;
- h) Continuidade de cuidados ao longo da doença.

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

- a) Receber cuidados paliativos adequados à complexidade da situação e às necessidades da pessoa, incluindo a prevenção e o alívio da dor e de outros sintomas;
- b) Escolher o local de prestação de cuidados paliativos e os profissionais, exceto em casos urgentes, nos termos dos princípios gerais da Lei de Bases da Saúde;
- c) Fazer-se acompanhar, nos termos da lei;
- d) Ser informado sobre o seu estado clínico, se for essa a sua vontade;
- e) Participar nas decisões sobre cuidados paliativos que lhe são prestados, nomeadamente para efeitos de determinação de condições, limites ou interrupção dos tratamentos;
- f) Ver garantidas a sua privacidade e a confidencialidade dos dados pessoais;
- g) Receber informação objetiva e rigorosa sobre condições de internamento.

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

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

- a) Receber apoio adequado à sua situação e necessidades, incluindo a facilitação do processo do luto;
- b) Participar na escolha do local da prestação de cuidados paliativos e dos profissionais, exceto em casos urgentes, nos termos dos princípios gerais da Lei de Bases da Saúde;
- c) Receber informação sobre o estado clínico do doente, se for essa a vontade do mesmo;
- d) Participar nas decisões sobre cuidados paliativos que serão prestados ao doente e à família, nos termos da presente lei;
- e) Receber informação objetiva e rigorosa sobre condições de internamento.

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

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

- a) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de sofrimento, através da prestação de cuidados paliativos;
- b) O apoio, acompanhamento e internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;
- c) A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados paliativos;
- d) O apoio aos familiares ou prestadores informais na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados paliativos;
- e) A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;
- f) O acesso atempado e equitativo dos doentes e suas famílias aos cuidados paliativos em todo o território nacional;
- g) A manutenção dos doentes no domicílio, desde que seja essa a vontade da pessoa doente, sempre que o apoio domiciliário possa garantir os cuidados paliativos necessários à manutenção de conforto e qualidade de vida;
- h) A antecipação das necessidades e planeamento das respostas em matéria de cuidados paliativos.

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

Nos termos da Base XX, a admissão na RNCP é efetuada com base em critérios clínicos, mediante decisão das unidades ou equipas de cuidados paliativos. A admissão em cada unidade ou equipa da RNCP tem em conta critérios de complexidade, gravidade e prioridade clínica e é solicitada pelos próprios serviços da RNCP, pelo médico de família,

por outro médico que referencia o utente necessitado de cuidados paliativos, pelas unidades dos cuidados de saúde primários ou da RNCCI, pelos serviços hospitalares ou pelo utente e sua família. Na referenciação do utente, deve ter-se em conta a proximidade da área do respetivo domicílio e, sempre que possível, a sua preferência na escolha da unidade ou equipa prestadora de cuidados, respeitados os limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

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

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

Nos termos do n.º 2 do artigo 7.º dos Estatutos do SNS, as intervenções ao nível da saúde pública e dos cuidados paliativos integram o SNS, independentemente do nível de cuidados em que são realizadas.

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

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

De acordo com o disposto no n.º 1 da Base 22 da LBS, deve o Estado assegurar os recursos necessários à efetivação do direito à proteção da saúde, conforme previsto no artigo 64.º da CRP. Por sua vez, atento o n.º 1 da Base 6 da LBS, a responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde efetiva-se primeiramente através do

SNS e de outros serviços públicos, podendo, de forma supletiva e temporária, ser celebrados acordos com entidades dos setores privado, social e cooperativo, bem como com profissionais em regime de trabalho independente, em caso de necessidade fundamentada.

Assim, por força da necessidade de respeitar os princípios da universalidade e da generalidade, e antecipando que, em determinados momentos, o SNS poderá não reunir condições para assegurar a prestação de todos os cuidados de saúde necessários a todo e qualquer utente, o n.º 1 da Base 25 da LBS, sob a epígrafe “*Contratos para a prestação de cuidados de saúde*”, afirma o seguinte: “*Tendo em vista a prestação de cuidados e serviços de saúde a beneficiários do SNS, e quando o SNS não tiver, comprovadamente, capacidade para a prestação de cuidados em tempo útil, podem ser celebrados contratos com entidades do setor privado, do setor social e profissionais em regime de trabalho independente, condicionados à avaliação da sua necessidade.*”

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

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

independente, condicionados à avaliação da sua necessidade.” – cfr. artigos 2.º e 29.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

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

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

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

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

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

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

- a) Equidade no acesso dos utentes aos cuidados de saúde;
- b) Complementaridade, destinando-se a sua celebração a colmatar as necessidades do SNS quando este, de forma permanente ou esporádica, não tem capacidade para as suprir;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) A existência de práticas que discriminem utentes do SNS;
- b) A violação do disposto nos n.ºs 2 e 3 do artigo 5.º⁹;
- c) O abandono da prestação de serviços ou a sua suspensão injustificada.

Assim sendo, as entidades convencionadas não podem recusar, injustificadamente, a prestação de cuidados de saúde a utentes do SNS, nomeadamente com base em quaisquer motivos de ordem financeira, de gestão ou outra, sob pena de colocarem em

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

crise a missão de interesse público que o Estado lhes atribuiu, mediante a celebração de convenção para a prestação de cuidados de saúde a utentes do SNS.

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

- a) Acordo de gestão, que tem por objeto a gestão de um estabelecimento do SNS;
- b) Acordo de cooperação, que visa a integração de um estabelecimento pertencente às IPSS no SNS, passando aquele a assegurar as prestações de saúde nos mesmos termos dos demais estabelecimentos do SNS;
- c) Convenção, que visa a prestação de cuidados de saúde por IPSS aos utentes do SNS, através de meios próprios e integração na rede nacional de prestação de cuidados, nos termos do regime jurídico das convenções.

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

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

- a) Realização das prestações de saúde em conformidade com as regras aplicáveis ao SNS;
- b) Respeito das orientações técnicas emanadas do Ministério da Saúde;
- c) Prestação atempada das informações necessárias ao acompanhamento do acordo;
- d) Demonstração e garantia da economia, eficácia e eficiência dos acordos e, bem assim, a sua sustentabilidade financeira;
- e) Rentabilização dos meios existentes e boa articulação entre instituições de saúde públicas e do setor social, na área da saúde.

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

- a) Prestar cuidados de saúde de qualidade aos utentes do SNS, em tempo útil, nas melhores condições de atendimento, não estabelecendo qualquer tipo de discriminação;
- b) Prestar às entidades fiscalizadoras as informações e esclarecimentos necessários ao desempenho das suas funções;
- c) Facultar informações estatísticas, relativamente à utilização dos serviços, para efeitos de auditoria e fiscalização e controlo de qualidade, no respeito pelas regras deontológicas e de segredo profissional;
- d) Respeitar os protocolos, requisitos e especificações técnicas para recolha, tratamento e transmissão de informação clínica e administrativa, definidas contratualmente.

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

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

- “a) Assegurar o direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados;*
- b) Prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes nos serviços e estabelecimentos do SNS, nos estabelecimentos publicamente financiados, bem como nos estabelecimentos contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas ou subsistemas públicos de saúde ou equiparados;*
- c) Prevenir e punir as práticas de indução artificial da procura de cuidados de saúde;*
- d) Zelar pelo respeito da liberdade de escolha nos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, incluindo o direito à informação.”*

Assim, nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, “*Constitui contraordenação, punível com coima de € 750 a € 3740,98 ou de € 1000 a € 44 891,81, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva: a) A violação dos deveres que*

constam da «Carta dos direitos de acesso» a que se refere a alínea b) do artigo 13.º, bem como nos n.ºs 1 e 2 do artigo 30.º.

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



RUA S. JOÃO DE BRITO, 621 L32
4100-455 PORTO - PORTUGAL
T +351 222 092 350
GERAL@ERS.PT
WWW.ERS.PT

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto,
Portugal, 2021

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

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

Área de informação aos utentes

<https://www.ers.pt/pt/utentes/direitos-e-deveres-dos-utentes/>

Pedidos de Informação

<https://www.ers.pt/pt/utentes/formularios/pedido-de-informacao/>

Livro de Reclamações online

<https://www.ers.pt/pt/reclamar-diretamente-a-ers/>