



**ESTUDO SOBRE
LITERACIA EM
DIREITOS DOS
UTENTES DOS
SERVIÇOS DE
SAÚDE**



FICHA TÉCNICA

TÍTULO

ESTUDO SOBRE LITERACIA EM DIREITOS DOS UTENTES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

EDITOR

Entidade Reguladora da Saúde

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100-455 Porto

geral@ers.pt | tlf. 222 092 350 | fax: 222 092 351

www.ers.pt

DATA

JUNHO DE 2025

ELABORADO POR:

DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E AVALIAÇÃO EM SAÚDE

DEPARTAMENTO DO UTENTE

APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO EM:

18.06.2025

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2025

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

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



ÍNDICE

05	SUMÁRIO EXECUTIVO
09	1 INTRODUÇÃO
12	2 DIREITOS DOS UTENTES: A INTERVENÇÃO REGULATÓRIA DA ERS NA PROMOÇÃO DA LITERACIA
17	3 AVALIAÇÃO DA LITERACIA EM DIREITOS DOS UTENTES
20	3.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA DOS UTENTES
25	3.2 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA DOS PROFISSIONAIS
29	4 LITERACIA EM DIREITOS DOS UTENTES
30	4.1 LITERACIA GLOBAL
42	4.2 LITERACIA POR TEMA
42	4.2.1 CONHECIMENTO SOBRE A ERS
50	4.2.2 DIREITO À PROTEÇÃO DA SAÚDE
52	4.2.3 DIREITO DE ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE
71	4.2.4 DIREITO A CUIDADOS DE SAÚDE DE QUALIDADE
74	4.2.5 DIREITO À DECISÃO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE
89	4.2.6 DIREITO DE ACESSO À INFORMAÇÃO CLÍNICA E DIREITO À PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS
94	4.2.7 DIREITO À ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL E RELIGIOSA
98	4.2.8 DIREITO AO ACOMPANHAMENTO
102	4.2.9 DIREITOS DAS PESSOAS EM CONTEXTO DE DOENÇA AVANÇADA E EM FIM DE VIDA
105	4.2.10 DIREITO A SER REPRESENTADO OU A CONSTITUIR ASSOCIAÇÕES DE DEFESA DOS SEUS DIREITOS
108	4.2.11 DIREITO A RECLAMAR E APRESENTAR QUEIXA

116	5 DISCUSSÃO
123	6 CONCLUSÕES
129	ANEXO I



ÍNDICE DE ABREVIATURAS

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

DGS | Direção-Geral da Saúde

ERS | Entidade Reguladora da Saúde

EM | Estados-Membros

UE | União Europeia

LBS | Lei de Bases da Saúde

OMS | Organização Mundial da Saúde

MTS | Sistema de Triagem de Manchester

SNS | Serviço Nacional de Saúde

SRER | Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados

TMRG | Tempos Máximos de Resposta Garantido



SUMÁRIO EXECUTIVO

O conceito de “*Literacia em Saúde*”, segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), não inclui apenas o conhecimento de informação em saúde, mas também a motivação e competência dos indivíduos para aceder, perceber, avaliar e aplicar essa informação, a fim de tomar decisões ao longo da vida sobre o recurso a cuidados de saúde, prevenção e promoção da saúde, de forma a manter ou melhorar a sua qualidade de vida.

À medida que se intensificam os esforços para melhorar a literacia em saúde, torna-se igualmente fundamental assegurar que essa capacitação inclua o conhecimento e a compreensão dos direitos dos utentes no contexto da prestação de cuidados de saúde. Neste sentido, a regulação do sistema de saúde desempenha um papel crucial, uma vez que visa assegurar que os direitos dos utentes, no que diz respeito à sua saúde, sejam respeitados e efetivamente cumpridos. A literacia em direitos dos utentes dos serviços de saúde surge, assim, como um componente essencial da literacia em saúde, traduzindo-se na capacidade dos indivíduos não só conhecerem os seus direitos, mas também os compreenderem, valorizarem e exercerem de forma informada e assertiva.

Deste modo, em concretização das atribuições e competências da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), o presente estudo tem como objetivo avaliar o nível de literacia dos utentes, profissionais de saúde e profissionais administrativos sobre direitos dos utentes, bem como identificar desafios persistentes, por forma a permitir à ERS delinear a sua intervenção regulatória sequencial, nomeadamente no que respeita à promoção da literacia. Esta análise segue-se a um estudo realizado pela ERS em 2017, que revelou níveis inadequados de literacia em direitos dos utentes, o que justifica a necessidade de uma nova avaliação para verificação da evolução desta problemática.

No presente estudo, optou-se por distinguir os profissionais de saúde dos profissionais administrativos com o objetivo de obter uma leitura mais precisa e segmentada dos níveis de literacia em direitos dos utentes. Esta diferenciação permite captar as especificidades das funções exercidas por cada grupo e identificar áreas de intervenção mais adequadas. Os profissionais administrativos, enquanto primeira linha de contacto com os utentes, desempenham um papel fundamental no encaminhamento e na prestação de informações, influenciando diretamente o acesso e a compreensão dos direitos em saúde. Já os profissionais de saúde, pela natureza técnica e assistencial das suas funções, têm outras responsabilidades e interações com os utentes. Ao analisar separadamente estes dois grupos, pretende-se delinear medidas específicas e adaptadas às dificuldades evidenciadas por cada um, contribuindo assim para uma estratégia mais eficaz de promoção da literacia em direitos no setor da saúde.

Para avaliação da literacia sobre os direitos dos utentes, foram aplicados dois inquéritos por questionário, um dirigido aos utentes e outro aos profissionais de saúde e profissionais administrativos.

A recolha de respostas foi realizada com recurso a dois métodos distintos, adaptados ao público-alvo a que se dirigiam. No que se refere aos profissionais de saúde e administrativos foi realizado um inquérito por questionário, construído na plataforma online *LimeSurvey*, enviado por correio eletrónico para todos os prestadores públicos, privados e sociais registados no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS. No caso dos utentes, a recolha de respostas foi realizada presencialmente por entrevistadores devidamente preparados para o efeito, em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde públicos e privados, selecionados de forma aleatória e cientificamente validada em todo o território continental.



O questionário abrangeu 11 temas:

Conhecimento sobre a ERS;

Direito à proteção da saúde;

Direito de acesso a cuidados de saúde;

Direito a cuidados de saúde de qualidade;

Direito à decisão;

Direito de acesso à informação clínica e direito à proteção de dados pessoais;

Direito à assistência espiritual e religiosa;

Direito ao acompanhamento;

Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida;

Direito a ser representado ou a constituir associações de defesa dos seus direitos;

Direito a reclamar e apresentar queixa.

A amostra incluiu 1.010 respostas válidas de utentes e 4.623 respostas de profissionais de saúde e profissionais administrativos, de estabelecimentos públicos, privados, cooperativos e sociais de todas as regiões de Portugal continental.

Em relação aos resultados, observou-se que 20,3% dos utentes apresentaram literacia global “inadequada”, enquanto 58,2% exibiram um nível “problemático”. Por outro lado, 21,2% demonstraram ter literacia “suficiente”, e 0,3% alcançaram um nível “excelente”. Esta classificação baseia-se num índice que define quatro níveis de literacia em saúde: “inadequado” (0 a 50%), “problemático” (51 a 66%), “suficiente” (67 a 84%) e “excelente” (85 a 100%). Quando comparado com o estudo de 2017, houve uma melhoria geral nos resultados obtidos, com o nível de literacia inadequada e problemática a diminuir de 94,7% para 78,5%. Além disso, foi possível concluir que o nível de literacia foi influenciado por fatores como idade, escolaridade e situação laboral, com melhores resultados entre indivíduos com ensino superior, trabalhadores por conta própria e beneficiários de seguros privados de saúde. Os profissionais de saúde apresentaram um nível de literacia global mais elevado, com mais de 80,0% a exibir um conhecimento suficiente (54,7%) ou excelente (25,9%). Entre os profissionais administrativos, essa percentagem foi inferior a 70,0%. Por outro lado, 19,4% dos profissionais de saúde e 32,1% dos administrativos revelaram um nível de literacia problemático ou inadequado. Comparando com 2017, constataram-se melhorias significativas em ambos os grupos, com uma redução dos níveis mais baixos de literacia. Os profissionais de saúde evidenciaram um maior progresso no conhecimento, passando de 46,4% para mais de 80% de profissionais com níveis de literacia global suficientes ou excelentes. Já os profissionais administrativos, embora tenham melhorado, ainda apresentam maior margem para evolução, aumentando de 26,6% para 67,9% no nível de literacia global.

Apesar dos avanços desde 2017, o estudo revela que a maioria dos utentes e profissionais de saúde continua a enfrentar desafios significativos no entendimento dos direitos dos utentes.



Tendo em consideração os resultados do presente estudo, a ERS destaca a necessidade de:

Intensificar campanhas de sensibilização e capacitação sobre direitos dos utentes;

Desenvolver materiais informativos acessíveis e claros para diferentes perfis sociodemográficos;

Reforçar a capacitação dos profissionais de saúde para uma comunicação mais eficaz dos direitos dos utentes;

Promover parcerias estratégicas com entidades com relevo para o sistema de saúde para amplificar o alcance das iniciativas de promoção da literacia.

Nesse sentido, a ERS dará continuidade à sua intervenção regulatória específica e conformada pelos seus estatutos, com vista à capacitação informada dos utentes, prestadores de cuidados de saúde e demais agentes intervenientes no sistema de saúde, continuando a investir na divulgação de informação e no desenvolvimento de estratégias que promovam a literacia em direitos dos utentes, o acesso a informação de qualidade e a participação ativa de todas as pessoas na gestão da sua saúde.



1

INTRODUÇÃO



1 | INTRODUÇÃO

Em 1974, no artigo *"Health Education as Social Policy"*, Scott K. Simonds introduziu o conceito de "Literacia em Saúde", enfatizando a importância da educação em saúde como uma responsabilidade social e política. O autor argumentou que a educação em saúde deve ser integrada nas políticas sociais para capacitar os indivíduos a tomar decisões informadas sobre a sua saúde⁽¹⁾.

Ao longo das décadas, este conceito evoluiu e foi amplamente influenciado por organizações internacionais, nomeadamente pela OMS. A OMS define a literacia em saúde como o conhecimento, motivação e competência dos indivíduos para aceder, perceber, avaliar e aplicar informação em saúde, a fim de tomar decisões ao longo da vida sobre cuidados de saúde, prevenção e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida⁽²⁾.

Deste modo, foram lançadas as bases para o desenvolvimento do conceito de literacia em saúde, que hoje é entendido como o conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e utilizar informações de forma a promover e manter uma boa saúde.

A preocupação com a literacia dos cidadãos, enquanto consumidores de diversos serviços que necessitam de apreender os conceitos essenciais para tomar decisões esclarecidas, designadamente sobre os seus direitos, é transversal a vários setores da economia, e não exclusiva do setor da saúde.

Reconhecendo esta importância, o enquadramento jurídico em Portugal também reforça a literacia em saúde como um direito e uma prioridade política. Em linha com esta abordagem, a Lei de Bases da Saúde (LBS) estabelece que *"o Estado promove a literacia para a saúde, permitindo às pessoas compreender, aceder e utilizar melhor a informação sobre saúde, de modo a decidirem de forma consciente e informada"*. Este enquadramento jurídico reforça a importância da literacia em saúde como um pilar fundamental para a capacitação de todos na gestão da sua saúde, consolidando-se como uma prioridade política alinhada com as recomendações internacionais.

Em Portugal, este compromisso tem-se refletido em diversas iniciativas, destacando-se o *Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021* da Direção-Geral da Saúde (DGS)⁽³⁾, que procurou promover a capacitação através do acesso a informação clara, precisa e útil, fomentando escolhas informadas e estilos de vida saudáveis. Mais recentemente, este compromisso foi reforçado com o *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030*⁽⁴⁾, que define eixos estratégicos e ações coordenadas para aumentar os níveis de literacia em saúde, promover comportamentos de prevenção e fortalecer os ecossistemas de saúde no país.

À medida que se intensificam os esforços para melhorar a literacia em saúde, torna-se igualmente fundamental assegurar que essa capacitação inclua o conhecimento e a compreensão dos direitos dos utentes no contexto da prestação de cuidados de saúde.

(1) Simonds, S. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monograph*

(2) World Health Organization (2013), "Health literacy. The solid facts". Copenhagen: World Health Organization.

(3) Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 da DGS, disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>.

(4) Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030, disponível em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnlsc-2023-2030-pdf.aspx>.



Neste sentido, a regulação do sistema de saúde, que compete à ERS, desempenha um papel crucial, uma vez que visa assegurar que os direitos dos utentes, no que diz respeito à sua saúde, sejam respeitados e efetivamente cumpridos. A literacia em direitos dos utentes dos serviços de saúde surge, assim, como uma componente essencial da literacia em saúde, traduzindo-se na capacidade dos indivíduos não só conhecerem os seus direitos, mas também os compreenderem, valorizarem e exercerem de forma informada e assertiva. Esta vertente específica da literacia capacita os utentes a navegarem com confiança no sistema de saúde, questionarem decisões, exigirem transparência na prestação de cuidados e participarem ativamente no processo de tomada de decisões sobre a sua saúde.

Para que a literacia em direitos seja efetiva, é essencial que os prestadores de cuidados de saúde e os demais agentes intervenientes no sistema de saúde reconheçam o seu papel na promoção da transparência e inclusão. Estas entidades devem comprometer-se com a prestação de informação clara e acessível sobre os direitos dos utentes, bem como com o respeito e a garantia desses direitos no quotidiano das suas práticas. Ao adotarem uma postura colaborativa e ao valorizarem o diálogo com os utentes, contribuem para a construção de uma cultura de respeito mútuo e confiança, fundamental para a qualidade dos cuidados prestados.

A promoção da literacia em direitos contribui, portanto, para o fortalecimento da cidadania ativa e consciente, ao permitir que os utentes compreendam o funcionamento do sistema de saúde, os mecanismos de regulação existentes e os recursos disponíveis para a defesa dos seus direitos e interesses legítimos. Paralelamente, ao capacitar os utentes, fomenta-se um sistema de saúde mais equitativo e eficiente, onde prestadores e demais agentes atuam de forma ética e responsável, assegurando que o acesso aos cuidados de saúde e a qualidade dos serviços prestados sejam garantidos a todos.

Neste sentido, compete à ERS verificar se os direitos e legítimos interesses dos utentes são respeitados pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e intervir, sempre que se justifique, utilizando os poderes que lhe são confiados nos seus Estatutos. Compete, ainda, à ERS prestar informação, orientação e apoio aos utentes dos serviços de saúde, aos prestadores de cuidados de saúde e demais agentes intervenientes no sistema.

Com o objetivo de promover uma maior compreensão dos direitos dos utentes, em 2017 a ERS publicou o primeiro estudo sobre literacia em direitos dos utentes⁽⁵⁾, com o intuito de avaliar o nível de literacia dos utentes e profissionais de saúde e profissionais administrativos.

Face às conclusões do estudo realizado em 2017, que revelaram um nível maioritariamente inadequado de literacia em direitos dos utentes tanto por parte dos utentes como dos profissionais de saúde e profissionais administrativos, a ERS considerou pertinente revisitar o tema e avaliar a evolução desta problemática.

Assim, com o presente estudo pretende-se verificar a evolução do nível de literacia em direitos dos utentes, bem como identificar desafios persistentes, por forma a permitir à ERS delinear a sua intervenção regulatória sequencial, nomeadamente no que respeita à promoção da literacia.

O estudo está organizado em quatro capítulos. O capítulo um introduz o tema em análise, literacia em direitos dos utentes. No capítulo dois, procede-se a uma breve descrição da intervenção regulatória da ERS na promoção da literacia em direitos dos utentes, desenvolvida a partir dos principais diplomas legais que os estabelecem. O capítulo três expõe a metodologia de recolha de dados adotada, bem como os principais resultados obtidos, permitindo avaliar o nível de literacia dos utentes e dos profissionais de saúde relativamente aos direitos dos utentes. Por fim, o capítulo quatro apresenta uma síntese das principais conclusões do estudo.

(5) Estudo disponível para consulta em: [ERS - Literacia em direitos dos utentes de cuidados de saúde](#).



2 | DIREITOS DOS UTENTES: A INTERVENÇÃO REGULATÓRIA DA ERS NA PROMOÇÃO DA LITERACIA



2 | DIREITOS DOS UTENTES: A INTERVENÇÃO REGULATÓRIA DA ERS NA PROMOÇÃO DA LITERACIA

Um objetivo de regulação que compete à ERS prosseguir, e que se encontra definido nos seus Estatutos, é a garantia dos direitos e interesses legítimos dos utentes. Para concretizar este objetivo, a ERS assume um conjunto de atribuições que compreendem a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos setores público, privado, cooperativo e social. Nos termos do disposto na alínea b) do n.º 2 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, aprovados em anexo ao Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, as atribuições desta Entidade compreendem a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita à garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes.

Por sua vez, considerando o artigo 10.º dos referidos Estatutos, são objetivos da atividade reguladora da ERS, entre outros:

- "a) Assegurar o cumprimento dos requisitos do exercício da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, incluindo os respeitantes ao regime de licenciamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, nos termos da lei;*
- b) Assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei;*
- c) Garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes;*
- d) Zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade;*
- e) Zelar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema".*



Para tanto, e atento o artigo 13.º, alínea c), dos seus Estatutos, com o objetivo de defender os direitos dos utentes, incumbe à ERS prestar informação, orientação e apoio aos utentes dos serviços de saúde, mas também aos prestadores e demais agentes, com intervenção direta ou indireta, no sistema de saúde. Neste âmbito, deve a ERS, nos termos do artigo 9.º, n.º 4, dos seus Estatutos, cooperar estrategicamente com outras entidades na divulgação dos direitos e interesses legítimos dos utentes.

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

Considerando a importância da função informativa e preventiva, a capacitação dos utentes no conhecimento dos seus direitos e deveres revela-se essencial, pois utentes informados são fundamentais para garantir a qualidade em saúde. Ciente desse papel, a ERS tem investido progressivamente na capacitação da sociedade, promovendo a defesa dos legítimos interesses e direitos dos utentes através de uma abordagem preventiva e pedagógica, que orienta os utentes na sua interação com o sistema de saúde.

Para alcançar este objetivo, a ERS desenvolve ações junto dos seus *stakeholders*, disponibilizando ferramentas que permitem decisões informadas em matéria de direitos dos utentes, partindo da análise dos principais diplomas legais - Constituição da República Portuguesa, Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que consolidou a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde -, e demais diplomas relevantes.

Assim, a ERS responde a todos os pedidos de informação sobre direitos dos utentes apresentados por escrito, por contacto telefónico ou em sede de atendimento presencial, esclarecendo, por conseguinte, as dúvidas que surgem aos utentes e aos regulados.

Ademais, através da área destinada ao utente no seu *website*⁽⁶⁾, que compila serviços e conteúdos informativos, a ERS garante a contínua prestação de informação útil, em linguagem simples e apelativa, assente no entendimento regulatório das suas diversas áreas de intervenção.

E ainda no cumprimento deste seu dever de prestação de informação, orientação e apoio, a ERS disponibiliza a publicação *"Direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde"* e respetivos resumos em linguagem clara⁽⁷⁾, e garante a sua permanente atualização para que estes instrumentos correspondam à realidade do quadro normativo vigente (que, no setor da saúde, é complexo e encontra-se disperso por variados diplomas legais) e da prática decisória da ERS.

Esta publicação é, de facto, um elemento diferenciador da atividade da Reguladora na promoção da literacia e o ponto de partida para as demais intervenções regulatórias da ERS nesta matéria. A evolução dos seus conteúdos foca-se na utilidade para os utentes, profissionais de saúde e para os diferentes agentes que intervêm, direta ou indiretamente, no sistema de saúde, na prestação de cuidados de saúde e na exploração e gestão dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

(6) Disponível para consulta em <https://ers.pt/utentes>.

(7) Disponíveis para consulta em: <https://www.ers.pt/utentes/direitos-e-deveres-dos-utentes/>.



Não pretende abranger o regime de todos os direitos reconhecidos no ordenamento jurídico português, mas apenas destacar e apresentar de forma integrada os mais relevantes para os utentes e para a intervenção regulatória da ERS.

Assim, aborda, atualmente, 10 direitos, a saber:

- 1 |** Direito à proteção da saúde;
- 2 |** Direito de acesso a cuidados de saúde;
- 3 |** Direito a cuidados de saúde de qualidade;
- 4 |** Direito à decisão;
- 5 |** Direito de acesso à informação clínica e direito à proteção de dados pessoais, à reserva da vida privada e ao segredo profissional;
- 6 |** Direito à assistência espiritual e religiosa;
- 7 |** Direito ao acompanhamento;
- 8 |** Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida;
- 9 |** Direito a ser representado ou a constituir associações de defesa dos seus direitos;
- 10 |** Direito a reclamar e apresentar queixa.

Convergem para esta publicação atualizações e revisões motivadas por alteração ou publicação de nova legislação, jurisprudência dos tribunais e intervenção administrativa e sancionatória da ERS, mas também respostas a pedidos de informação de utentes ou prestadores de cuidados de saúde, tramitação de reclamações, alertas de supervisão, estudos, informações de monitorização e demais intervenções regulatórias da ERS interligadas com a garantia dos direitos e interesses legítimos dos utentes dos serviços de saúde.

Esta publicação assume-se, pois, como uma importante ferramenta de prevenção de comportamentos ilícitos dos prestadores de cuidados de saúde, contribuindo, ainda, para uma diminuição da conflituosidade entre prestadores e utentes, para a promoção de comportamentos mais esclarecidos por parte de todos e para uma utilização mais racional dos serviços de saúde.

É, por outro lado, um objetivo primordial que esta publicação beneficie de um processo participativo, pelo que a ERS disponibiliza um formulário⁽⁸⁾ para que qualquer pessoa possa apresentar um pedido de informação/esclarecimento, uma sugestão ou um comentário à publicação, promovendo-se, desta forma, um maior envolvimento entre todos os que pretendem acompanhar a ERS neste propósito informativo e de promoção da literacia em direitos e deveres dos utentes.

A acrescer, a ERS disponibiliza também informação sob a forma de perguntas frequentes⁽⁹⁾, sobre diversos direitos dos utentes, com linguagem simples e de fácil compreensão, bem vídeos informativos⁽¹⁰⁾, boletins, notas e folhetos informativos⁽¹¹⁾.

(8) Formulário disponível em [ERS - Formulário Direitos e Deveres](#).

(9) Poderão ser consultadas em <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/>.

(10) Vídeos informativos disponíveis em <https://www.ers.pt/pt/comunicacao/suportes-informativos>.

(11) Disponíveis para consulta em [ERS - Notas Informativas](#) e em [ERS - Folhetos](#).



A área “Utentes” do website da ERS e a publicação “Direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde” são ainda importantes vetores da ERS no desenvolvimento de ações de informação, capacitação e de redução de assimetrias de informação, sendo importantes instrumentos de promoção da literacia.

As ações de informação e capacitação têm o objetivo de sensibilizar e prestar informação e orientação aos utentes e ao setor regulado, colmatar falhas e dificuldades detetadas no acesso a informação e apoiar a tomada de uma decisão esclarecida, promovendo o reforço da literacia em direitos.

Neste âmbito, a ERS organiza anualmente as “Jornadas ERS – Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde”⁽¹²⁾. As Jornadas contam com painéis dedicados a diferentes direitos e proporcionam um diálogo construtivo entre diversos agentes do sistema de saúde, potenciando, também, uma abordagem transversal e uma partilha de informação relevante sobre os principais problemas e desafios do exercício dos direitos dos utentes dos serviços de saúde. A sua utilidade estende-se para além do momento do evento, uma vez que, posteriormente à sua realização são disponibilizados pela ERS os conteúdos aí apresentados, bem como publicações dos intervenientes.

A par, têm vindo a ser realizadas outras ações de informação e capacitação adaptadas na sua estrutura e formato aos públicos-alvo identificados, em matérias relevantes relacionadas com direitos dos utentes, nomeadamente, sessões de esclarecimento, campanhas informativas, fóruns e *webinars*⁽¹³⁾, desenvolvendo, para o efeito, parcerias estratégicas.

(12) As diversas edições do evento Jornadas ERS estão disponíveis no canal de YouTube da ERS, através do link: <https://www.youtube.com/@ERSEVENTOS>, assim como no website da ERS em www.ers.pt > Eventos > Jornadas.

(13) Disponíveis no website da ERS, www.ers.pt, ou em <https://www.youtube.com/@ERSEVENTOS>.



3 | AVALIAÇÃO DA LITERACIA EM DIREITOS DOS UTENTES

3.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA DOS UTENTES

3.2 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA DOS PROFISSIONAIS



3 | AVALIAÇÃO DA LITERACIA EM DIREITOS DOS UTENTES

Para avaliação da literacia sobre os direitos dos utentes, foram empreendidos dois inquéritos por questionário – um dirigido aos utentes, que pretendia aferir o seu nível de conhecimentos sobre os seus direitos enquanto utentes do sistema de saúde, e outro dirigido aos profissionais de saúde e profissionais administrativos, que serviu de comparador face aos resultados obtidos no inquérito aos utentes. Nesse sentido, o inquérito dirigido aos profissionais de saúde e profissionais administrativos avaliou o grau de conhecimento e compreensão sobre os direitos dos utentes e, consequentemente, a capacidade para transmitir informação clara e adequada sobre esses direitos.

A construção do questionário teve por base os direitos contemplados na publicação “Direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde”. A recolha de respostas foi realizada com recurso a dois métodos distintos, adaptados ao público-alvo a que se dirigiam. No que se refere aos

profissionais de saúde e administrativos foi realizado um inquérito por questionário, construído na plataforma online *LimeSurvey*, enviado por correio eletrónico para todos os prestadores públicos, privados e sociais registados no SRER da ERS. Foi solicitada a disseminação do questionário junto dos profissionais, informando-se que a participação era voluntária e anónima. Por outro lado, a recolha de respostas dos utentes decorreu presencialmente, através de entrevistadores preparados para o efeito, em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde públicos e privados das cinco regiões de saúde.

O questionário (cfr. anexo I)⁽¹⁴⁾ encontra-se dividido em duas partes, sendo a primeira dedicada à caracterização do inquirido. A segunda parte inclui questões que pretendem avaliar a literacia em direitos dos utentes, distribuídas pelos 11 temas descritos na tabela *infra* (cfr. tabela 1).

(14) O questionário aplicado foi idêntico para os utentes e os profissionais do setor da saúde, com três exceções: **1** | a seção de caracterização sociodemográfica, composta pelas questões 8, 9, 10, 11, 13, 14 e 15, foi destinada exclusivamente aos utentes; **2** | a questão 15, que aborda a consulta de informações disponibilizadas pela ERS, foi aplicada apenas aos profissionais; e **3** | na questão 29, relativa ao vale de cirurgias, as opções de resposta foram aprimoradas.



Tabela 1
Descrição da estrutura
do questionário

SECÇÕES	DESCRIÇÃO
PARTE I	
Identificador do prestador	Público de cuidados de saúde primários, público de cuidados de saúde com internamento (cuidados de saúde hospitalares), público de cuidados continuados ou paliativos, privado ou social de cuidados de ambulatório, privado ou social com internamento (cuidados de saúde hospitalares) e de privado ou social de cuidados continuados ou paliativos. Concelho de localização do estabelecimento.
Identificação do respondente	Caracterização sociodemográfica do respondente, designadamente idade, género, estado civil, nível de escolaridade, entre outras.
Avaliação do estado de saúde	Autoavaliação do estado de saúde
Consulta de informação disponibilizada pela ERS	Consulta de informação disponibilizada pela ERS sobre direitos dos utentes, para apoio ao exercício das funções como profissional de saúde (aplicável apenas aos profissionais de saúde).
PARTE II	
Conhecimento sobre a ERS	P18 a P20
Direito à proteção da saúde	P21
Direito de acesso a cuidados de saúde	P22 a P34
Direito a cuidados de saúde de qualidade	P35
Direito à decisão	P36 a P45
Direito de acesso à informação clínica e direito à proteção de dados pessoais	P46 a P48
Direito à assistência espiritual e religiosa	P49
Direito ao acompanhamento	P50 a P53



Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida	P54
Direito a ser representado ou a constituir associações de defesa dos seus direitos	P55
Direito a reclamar e apresentar queixa	P56 a P59

No tratamento dos dados, foram aplicadas as técnicas estatísticas descritivas adequadas à classificação das variáveis, bem como estatísticas inferenciais para se explorar as diferenças estatísticas entre grupos. Foram ainda implementados modelos econométricos, no sentido de identificar eventuais efeitos estatisticamente significativos das características dos respondentes no seu nível de literacia. Sempre que possível, os resultados foram comparados com o estudo publicado pela ERS em 2017⁽¹⁵⁾, de forma a identificar eventuais alterações no nível de literacia ao longo do tempo.

(15) Disponível em ERS - Estudos.



3.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA DOS UTENTES

O objetivo central do estudo, como já referido, é avaliar se as pessoas conhecem e compreendem os direitos dos utentes dos serviços de saúde. A análise empreendida contempla o nível de literacia observada, calculada tendo por base o número de respostas certas a um conjunto de questões formuladas pela ERS em sede de inquérito por questionário (cfr. anexo I).

De modo a refletir a realidade dos utentes frequentadores dos estabelecimentos públicos e privados, em cada uma das NUTS II de 2013 (onde se inclui Norte, Centro, Área Metropolitana de Lisboa, Alentejo e Algarve) foram considerados estabelecimentos públicos prestadores de cuidados de saúde (unidades de cuidados de saúde primários e hospitalares) e estabelecimentos privados e sociais (unidades hospitalares), localizados em zonas do litoral e do interior, o que perfaz um total de 22 prestadores, a nível nacional.

A amostra, para ser representativa da população portuguesa, foi estruturada considerando a população residente em Portugal com idade igual ou superior a 18 anos (de 8.490.423 residentes), dos quais 53% são mulheres e 47% são homens (fonte: INE – Censos, 2021), e a proporção de residentes por NUTS II.

Dada a população residente em Portugal Continental, com idades iguais ou superiores a 18 anos, a amostra deveria ter no mínimo de 823 inquiridos, para um nível de confiança de 99% e um erro de amostragem de 4,5%. Assim, a amostra foi estruturada considerando a população residente com idade superior a 18 anos, em proporção do género e em proporção dos residentes por região de saúde. A dimensão e a distribuição da amostra respeitam os requisitos descritos na Tabela 2, definida por aproximação a 1.000 indivíduos.

Tabela 2
Dimensão e
distribuição da amostra
por parte dos utentes

Local de residência (NUTS)	POPULAÇÃO RESIDENTE		TOTAL DE INQUIRIDOS POR NUTS	TOTAL DE INQUIRIDOS POR GÉNERO	
	Nrº	%	Nrº	Nrº Homens	Nrº Mulheres
Norte	3 108 364	36,6%	366	173	193
Centro	1 949 554	23,0%	230	109	121
Área Metropolitana de Lisboa	2 422 254	28,5%	285	132	153
Alentejo	609 545	7,2%	72	35	37
Algarve	400 707	4,7%	47	23	24
Nacional	8 490 423	100%	1000	471	529

Fonte: Elaboração própria com base na informação do INE.



Para a recolha de dados, foi usada a técnica de amostragem por conveniência e aplicado o inquérito por questionário, através de entrevista direta e pessoal. As entrevistas foram realizadas em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, dentro do horário normal de funcionamento dos mesmos, por entrevistadores de uma empresa especializada contratada pela ERS para o efeito⁽¹⁶⁾. Todas as fases do processo de recolha de informação foram sujeitas a um processo de controlo de qualidade, para garantia da validade das respostas recolhidas. O entrevistador apresentou-se a cada utente, munido da declaração de identificação e apresentação, referindo estar ao serviço da empresa contratada pela ERS para colaboração num estudo. Os inquiridos foram esclarecidos de que as respostas ao questionário eram confidenciais e se destinavam a ser utilizadas exclusivamente pela ERS.

A amostra inclui 1.010 respostas válidas, das quais 227 foram obtidas de utentes que se encontravam em prestadores públicos de cuidados de saúde primários, 231 em prestadores públicos de cuidados de saúde hospitalares e 552 em prestadores privados ou sociais. O número de utentes entrevistados em cada região distribui-se da seguinte forma: 370 na região Norte, 290 na região de Lisboa e Vale do Tejo, 229 na região Centro, 73 no Alentejo e 48 na região do Algarve, seguindo-se assim a estrutura da amostra previamente definida (cfr. tabela 3).

Tabela 3
Inquiridos por tipo de estabelecimento e por região

REGIÃO	PÚBLICO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	PÚBLICO DE CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES	PRIVADO OU SOCIAL	INQUIRIDOS POR REGIÃO
Norte	95	95	180	370
Centro	46	46	137	229
Área Metropolitana de Lisboa	58	60	172	290
Alentejo	16	18	39	73
Algarve	12	12	24	48

⁽¹⁶⁾ Mediante o necessário procedimento de contratação, tramitado nos termos do Código dos Contratos Públicos, a ERS selecionou para o serviço a empresa Consulmark 2 - Estudos de Mercado e Trabalho de Campo, Lda.



Natabela4,apresentam-seascaracterísticas demográficas dos utentes inquiridos. A média de idade dos utentes inquiridos foi de 51,7 anos, sendo a maior proporção composta por respondentes com idades entre 41 e 50 anos (20,7%), seguidos pelas faixas etárias de 51 a 60 anos (18,0%) e acima de 70 anos (17,8%). Em relação ao género, a amostra foi constituída por 53,5% utentes do género feminino e 46,5% do género masculino. No que diz respeito ao nível de escolaridade, 67,2% dos inquiridos não tinham qualquer grau de ensino superior, 24,4% tinham a licenciatura e 8,5% eram detentores de mestrado ou doutoramento. Quanto ao estado civil, 61,3% dos inquiridos encontravam-se casados ou a viver em união de facto, 25,1% estavam solteiros, 7,3% divorciados e 6,2% viúvos. Relativamente à situação perante o trabalho, 49,9% trabalhavam por conta de outrem, 10,4% por conta própria, 5,5% estavam desempregados, 3,7% eram estudantes, 29,6% estavam reformados e 0,9% indicaram outras categorias.

Tabela 4
Descrição da amostra
relativa aos utentes

VARIÁVEIS**PERCENTAGEM**

IDADE DO RESPONDENTE	
Inferior a 20 anos	2,2%
Entre 20 e 30 anos	11,7%
Entre 31 e 40 anos	15,0%
Entre 41 e 50 anos	20,7%
Entre 51 e 60 anos	18,0%
Entre 61 e 70 anos	14,6%
Superior a 70 anos	17,8%
GÉNERO	
Feminino	53,5%
Masculino	46,5%
NÍVEL DE EDUCAÇÃO	
Ensino básico	24,9%
Ensino secundário	42,3%
Licenciatura	24,4%
Mestrado ou Doutoramento	8,5%
ESTADO CIVIL	
Casado/união de facto	61,3%
Solteiro	25,1%
Divorciado	7,3%
Viúvo	6,2%
SITUAÇÃO PERANTE O TRABALHO	
Trabalhador por conta própria	10,4%
Trabalhador por conta de outrem	49,9%
Desempregado	5,5%
Estudante	3,7%
Reformado	29,6%
Outra	0,9%



Quanto à utilização dos serviços de saúde, 91,6% dos utentes inquiridos mencionaram ter tido contacto com os serviços de saúde nos últimos 12 meses (cfr. tabela 5). Entre os motivos apresentados para esse contacto (variável de resposta múltipla), 68,9% referiram rotina ou prevenção, 41,2% mencionaram episódios de doença e 21,6% apontaram doença crónica. Em relação aos serviços de saúde utilizados, 42,6% dos inquiridos recorreram aos serviços públicos (hospital ou centro de saúde), 24,4% optaram por serviços privados ou sociais, e 33,0% declararam ter utilizado ambos.

Quanto à avaliação do estado de saúde, 54,3% dos utentes inquiridos classificaram-no como “muito bom” ou “bom”, enquanto 36,5% consideraram o seu estado de saúde “nem bom nem mau” e 9,2% avaliaram-no como “mau” ou “muito mau”. No que diz respeito a seguros e subsistemas de saúde, 41,0% dos inquiridos indicaram que possuíam seguro privado e 25,7% informaram ser beneficiários de um subsistema de saúde, como ADSE, ADM, SAMS ou SAD GNR.



Tabela 5
Utilização dos serviços
de saúde e estado de
saúde por parte dos
utentes

VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO	PERCENTAGEM
Teve algum contacto com os serviços de saúde nos últimos 12 meses? ^a	Sim	91,6%
	Não	8,4%
Se respondeu “Sim” na questão anterior, que motivos o levaram a contactar os serviços de saúde, nos últimos 12 meses? [variável multiresposta]	Rotina/Prevenção	68,9%
	Episódio de doença	41,2%
	Doença crónica	21,6%
A que serviços de saúde recorreu?	Público (hospital ou centro de saúde)	42,6%
	Privado (hospital, clínica, consultório) ou social (misericórdia, ordem, IPSS)	24,4%
	Ambos	33,0%
Como avalia o seu estado de saúde atualmente?	Muito bom	9,6%
	Bom	44,7%
	Nem bom nem mau	36,5%
	Mau	8,6%
	Muito mau	0,6%
Tem algum seguro privado?	Sim	41,0%
	Não	59,0%
É beneficiário de um subsistema de saúde (exemplo, ADSE, ADM, SAMS, SAD GNR)?	Sim	25,7%
	Não	74,3%

Nota: ^a a questão sobre o contacto com os serviços de saúde refere-se ao período dos 12 meses anteriores à data da entrevista.



3.2 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PROFISSIONAIS ADMINISTRATIVOS

A recolha de respostas dos prestadores foi realizada entre 9 de setembro e 7 de outubro de 2024, através da disponibilização do questionário *online* enviado via *e-mail* para todos os prestadores públicos, privados e sociais registados no SRER da ERS, tendo sido solicitada a disseminação do questionário junto dos profissionais de saúde e profissionais administrativos, informando-se que a participação seria voluntária e anónima. A amostra inclui 4.623 respostas válidas e completas, sendo 70,1% provenientes de respondentes que se identificaram como profissionais de saúde e 29,9% como profissionais administrativos (cfr. tabela 6). Quanto à natureza do estabelecimento, 46,4% das respostas foram remetidas por profissionais a exercer funções em prestadores públicos, 49,6% em prestadores privados e 4,0% em prestadores sociais. Considerando a relação entre tipo de cuidados de saúde e de respondente, 52,2% (45,6%) dos profissionais de saúde (profissionais administrativos) com funções em prestadores públicos prestavam cuidados em unidades de cuidados de saúde primários, e 45,5% (53,4%) em unidades hospitalares. Adicionalmente, 76,5% (70,4%) dos profissionais de saúde (profissionais administrativos) com funções em prestadores privados ou sociais prestavam cuidados de saúde em ambulatório, e 15,2% (25,3%) em unidades hospitalares.

Em termos regionais, constata-se que a região com maior número de participantes foi Lisboa e Vale do Tejo, com 41,2% do total dos inquiridos, enquanto a região do Alentejo teve o mais baixo número de respondentes (2,1%).

A média da idade dos respondentes foi de 46,6 anos. Para ambos os profissionais de saúde, predominaram as idades compreendidas entre os 51 e os 60 anos. Quanto ao género, a amostra incluía 76,0% respondentes do género feminino e 22,8% do género masculino. Relativamente ao nível de escolaridade⁽¹⁷⁾, a maioria dos profissionais de saúde inquiridos detinha licenciatura, mestrado ou doutoramento (93,6%), e mais de metade (56,2%) dos profissionais administrativos o ensino secundário. Finalmente, mais de 65,0% dos profissionais eram casados ou viviam em união de facto.

(17) Na resposta ao questionário, os respondentes identificaram-se como profissionais de saúde ou administrativos. Importa referir que há a possibilidade de inclusão de auxiliares de saúde que realizam cursos profissionais, muitas vezes de nível 4, situado entre o ensino secundário e o nível de licenciatura. Estes profissionais desempenham funções associadas aos autocuidados dos doentes, sob a supervisão de profissionais com formação superior, como médicos e enfermeiros. Nesse contexto, é possível que alguns auxiliares de saúde se tenham identificado como profissionais de saúde.



Tabela 6
Descrição da
amostra relativa aos
profissionais de saúde
e administrativos

VARIÁVEIS	PROFISSIONAL DE SAÚDE	PROFISSIONAL ADMINISTRATIVO	TOTAL
TOTAL	70,1%	29,9%	100,0%
Natureza do Estabelecimento			
Público	48,4%	42,0%	46,4%
Privado	47,9%	53,7%	49,6%
Social	3,8%	4,3%	4,0%
Tipo de cuidados de saúde dos estabelecimentos públicos			
Primários	52,2%	45,6%	50,4%
Com internamento (cuidados de saúde hospitalares)	45,5%	53,4%	47,6%
Cuidados continuados ou paliativos	2,2%	1,0%	1,9%
Tipo de cuidados de saúde dos estabelecimentos privados e sociais			
Ambulatório	76,5%	70,4%	74,5%
Com internamento (cuidados de saúde hospitalares)	15,2%	25,3%	18,5%
Cuidados continuados ou paliativos	8,4%	4,2%	7,0%
Região de Saúde do Estabelecimento			
Norte	36,1%	35,1%	35,8%
Centro	17,3%	16,8%	17,1%
Lisboa e Vale do Tejo	41,0%	41,7%	41,2%
Alentejo	2,1%	2,1%	2,1%
Algarve	3,5%	4,3%	3,7%
Idade do respondente			
Entre 20 e 30 anos	0,0%	6,7%	2,3%
Entre 31 e 40 anos	6,9%	13,3%	9,1%
Entre 41 e 50 anos	17,2%	33,3%	22,7%
Entre 51 e 60 anos	44,8%	40,0%	43,2%
Entre 61 e 70 anos	20,7%	6,7%	15,9%
Superior a 70 anos	10,3%	0,0%	6,8%
Género			
Feminino	74,6%	79,3%	76,0%
Masculino	24,2%	19,3%	22,8%
Outro	0,1%	0,0%	0,1%
Não pretendo responder	1,0%	1,4%	1,1%

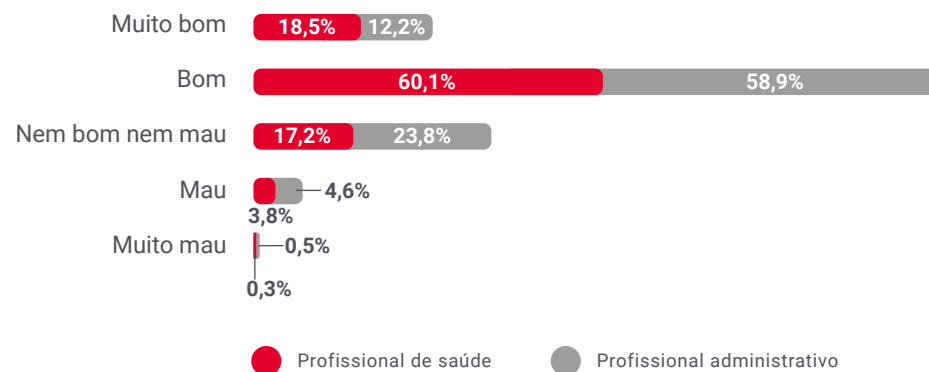


Nível de Escolaridade			
Ensino básico	0,5%	1,4%	0,7%
Ensino secundário	6,0%	56,2%	21,0%
Licenciatura	59,3%	33,4%	51,5%
Mestrado ou Doutoramento	34,3%	9,1%	26,8%
Estado Civil			
Casado/união de facto	67,0%	64,3%	66,2%
Solteiro	21,7%	22,3%	21,9%
Divorciado	10,0%	11,7%	10,5%
Viúvo	1,3%	1,7%	1,4%

Relativamente à perceção dos respondentes sobre o seu estado de saúde, os profissionais de saúde apresentam uma perceção ligeiramente mais positiva em comparação com os profissionais administrativos. Dos profissionais de saúde, 78,6% classificaram o seu estado de saúde como “bom” ou “muito bom”, em contraste com a percentagem de 71,1% no caso dos profissionais administrativos (cfr. gráfico 1).

Gráfico 1

Autoavaliação do estado de saúde por parte dos profissionais de saúde e administrativos





4

LITERACIA EM DIREITOS DOS UTENTES

4.1 LITERACIA GLOBAL

4.2 LITERACIA POR TEMA

4.2.1 CONHECIMENTO SOBRE A ERS

4.2.2 DIREITO À PROTEÇÃO DA SAÚDE

4.2.3 DIREITO DE ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE

4.2.4 DIREITO A CUIDADOS DE SAÚDE DE QUALIDADE

4.2.5 DIREITO À DECISÃO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

4.2.6 DIREITO DE ACESSO À INFORMAÇÃO CLÍNICA E DIREITO À PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

4.2.7 DIREITO À ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL E RELIGIOSA

4.2.8 DIREITO AO ACOMPANHAMENTO

4.2.9 DIREITOS DAS PESSOAS EM CONTEXTO DE DOENÇA AVANÇADA E EM FIM DE VIDA

4.2.10 DIREITO A SER REPRESENTADO OU A CONSTITUIR ASSOCIAÇÕES DE DEFESA DOS SEUS DIREITO

4.2.11 DIREITO A RECLAMAR E APRESENTAR QUEIXA



4 | LITERACIA EM DIREITOS DOS UTENTES

Neste capítulo apresenta-se o nível de literacia revelado pelos utentes e pelos profissionais de saúde, medido pelo número de respostas corretas às questões formuladas (cfr. anexo I), tendo sido seguida a mesma metodologia aplicada no estudo sobre este tema publicado pela ERS em 2017. No sentido de corrigir possíveis enviesamentos, associados a correlações entre perguntas inseridas num mesmo tema, foi realizada uma ponderação mediante a qual se atribui igual valor a cada um dos 11 temas (equivalente a 9,09%), que se reparte pelas questões que o compõem, caso tenha mais do que uma questão. Assim, a título de exemplo, se um inquirido tiver pouco conhecimento sobre a ERS terá uma penalização máxima de 9,09% se tiver errado às três questões que compõem esse tema (3,03% por cada pergunta errada), pois não se pretende penalizar mais do que uma vez o desconhecimento sobre o mesmo tema.

Para apresentação dos resultados foi construído um índice que classifica o nível de literacia como “inadequado” – que compreende uma classificação entre 0 e 50% – “problemático” – entre 51% e 66% – “suficiente” – entre 67% e 84% – e “excelente” – entre 85% e 100%. Este índice teve por referência a classificação utilizada e validada pelo *European Health Literacy Survey*⁽¹⁸⁾.

(18) O “European Health Literacy Survey” (HLS-EU) é um projeto da Universidade de Maastricht em parceria com várias universidades e instituições. Toda a informação pode ser consultada em [HLS-EU | healthliteracyeurope.eu](https://healthliteracyeurope.eu).



4.1 LITERACIA GLOBAL

No que se refere ao nível de literacia global, a maioria dos utentes inquiridos exibiu níveis preocupantes de literacia. No entanto, e embora os atuais resultados não sejam diretamente comparáveis com os obtidos no estudo da ERS de 2017, foi possível observar melhorias no nível de conhecimento. Concretamente, em 2017, 61,5% dos utentes inquiridos exibiram um nível de literacia “inadequado” e 33,2% um nível “problemático”, totalizando 94,7% dos utentes a posicionarem-se nas duas categorias mais baixas. Em 2024, essas percentagens reduziram-se para 20,3% e 58,2%, respetivamente, totalizando 78,5%. Além disso, a percentagem de respondentes na categoria “suficiente” aumentou de 5,1% em 2017 para 21,2% em 2024, enquanto a categoria “excelente” praticamente não se alterou, passando de 0,2% para 0,3%.

Por sua vez, os profissionais de saúde apresentaram níveis de literacia superiores, com 54,7% e 25,9% dos profissionais de saúde a apresentarem, respetivamente, níveis de nível de literacia “suficiente” e “excelente”, indicando que mais de 80,0% possuíam níveis adequados de literacia (cfr. gráfico 3). Em contrapartida, entre os profissionais administrativos, 52,1% exibiram literacia “suficiente”, e 15,8% “excelente”, correspondendo - a sua soma - a um nível de literacia inferior a 70,0%. Por outro lado, 19,4% dos profissionais de saúde apresentaram um nível de literacia “problemático” ou “inadequado”, enquanto para os profissionais administrativos esse valor foi de 32,1%. Face aos resultados obtidos em 2017, observaram-se avanços significativos em ambos os grupos, com reduções na percentagem de profissionais com níveis de literacia considerados “problemático” e “inadequado”, que em 2017 se fixou nos 53,6% para os profissionais de saúde e nos 73,4% para os profissionais administrativos. Contudo, os profissionais de saúde demonstraram maior progresso, com percentagens mais elevadas de nível de literacia “suficiente” e “excelente”, em 2024, quando comparadas com as do estudo anterior (46,4% em 2017), enquanto os profissionais administrativos ainda apresentam maior margem de progressão (26,6% de nível de literacia “suficiente” ou “excelente” em 2017 em comparação com 67,9% em 2024).



ÍNDICE DE LITERACIA GLOBAL

Gráfico 2
Utentes

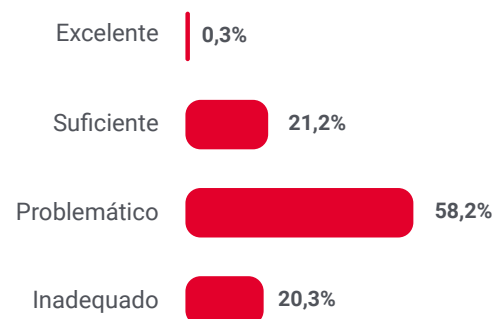
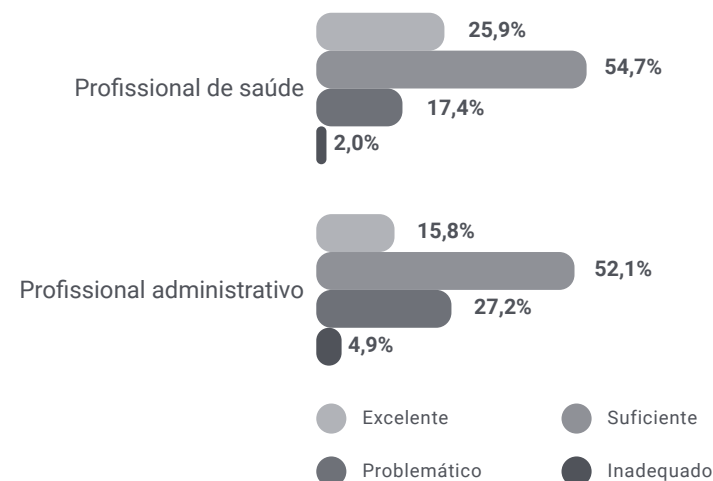


Gráfico 3
Profissionais



Para identificação de eventuais diferenças no nível de literacia entre os utentes, foram implementados testes paramétricos, designadamente t de Student e de análise de variância (ANOVA)⁽¹⁹⁾, com base nas seguintes características: idade, género, nível de educação, estado civil, situação perante o trabalho e cobertura por um seguro privado de saúde ou subsistema de saúde (cfr. tabela 7). Da implementação dos testes resultou que existem diferenças estatisticamente significativas entre grupos, mediante a rejeição da hipótese nula, em todas as variáveis consideradas, com exceção do género.

(19) Nos testes estatísticos t de student e ANOVA assume-se como hipótese nula que a variável tem comportamento semelhante entre dois e três ou mais grupos, respetivamente. A utilização destes testes exige que os dados provenham de amostras independentes de populações, exigindo que as distribuições de probabilidade sigam a normalidade. Para se aferir da normalidade das variáveis, aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, que levou à não rejeição da normalidade.

Em relação às características sociodemográficas, e no que respeita à idade, a faixa etária com o maior nível de literacia é a dos 41 aos 50 anos (41,0%), enquanto os indivíduos com mais de 70 anos apresentam o menor nível de literacia (31,9%). Os utentes inquiridos do género feminino apresentaram um nível médio de literacia ligeiramente superior (38,4%), embora não se tenham observado diferenças estatisticamente significativas entre géneros. Quanto ao nível de escolaridade, os respondentes com maior grau de escolaridade apresentaram níveis médios de literacia superiores. Relativamente ao estado civil e à situação perante o trabalho, os inquiridos solteiros e os trabalhadores por conta própria apresentaram o maior nível médio de literacia (38,8% e 40,8%, respetivamente). Por fim, os inquiridos com seguro privado ou subsistema de saúde apresentaram um nível médio de literacia superior (40,9% e 40,2%, respetivamente) em comparação com os que não possuem seguro ou subsistema (35,9% e 37,2%, respetivamente).



Tabela 7
Nível médio de literacia
global, teste ANOVA
e teste t-Student –
análise dos utentes

VARIÁVEIS	NÍVEL MÉDIO DE LITERACIA GLOBAL	ANOVA OU T-STUDENT (P-VALUE)
IDADE DO RESPONDENTE		9,55 (0,000)***
Entre 20 e 30 anos	38,2%	
Entre 31 e 40 anos	40,3%	
Entre 41 e 50 anos	41,0%	
Entre 51 e 60 anos	38,9%	
Entre 61 e 70 anos	37,1%	
Superior a 70 anos	31,9%	
GÉNERO		1,13 (0,258)
Feminino	38,4%	
Masculino	37,4%	
NÍVEL DE EDUCAÇÃO		40,13 (0,000)***
Ensino básico	31,8%	
Ensino secundário	36,9%	
Licenciatura	43,3%	
Mestrado ou Doutoramento	46,1%	
ESTADO CIVIL		3,78 (0,010)**
Casado/União de Facto	38,1%	
Solteiro	38,8%	
Divorciado	38,5%	
Viúvo	32,1%	



SITUAÇÃO PERANTE O TRABALHO		10,61 (0,000)***
Trabalhador por conta própria	40,8%	
Trabalhador por conta de outrem	40,4%	
Desempregado	36,8%	
Estudante	35,2%	
Reformado	33,7%	
Outra	27,5%	
SEGURO PRIVADO DE SAÚDE		5,50 (0,000)***
Sim	40,9%	
Não	35,9%	
SUBSISTEMA DE SAÚDE		2,88 (0,004)***
Sim	40,2%	
Não	37,2%	

Legenda: *** significativo para o nível de 1%; e ** significativo para o nível de 5%. Nota: utilizou-se o teste t-Student para comparar grupos de dois elementos e o teste ANOVA para três ou mais grupos.

A possível relação entre a literacia global e as características dos utentes foi estudada através de uma análise de regressão, com base num modelo de regressão linear múltipla, estimado pelo método dos mínimos quadrados ordinários (*Ordinary Least Squares* – OLS)^{(20),(21)}. No modelo considera-se como variável dependente o nível de literacia global, e as variáveis explicativas integram a idade – incluindo as variáveis binárias relativas aos intervalos entre 31 e 40 anos, entre 41 e 50, entre 51 e 60, entre 61 e 70, e superior a 70 anos, tendo por base de comparação o intervalo de idades entre 20 e 30 anos –, o género – incluindo a variável binária, feminino, tendo por base de comparação a variável masculino –,

nível de educação – incluindo as variáveis binárias ensino secundário, licenciatura, e mestrado ou doutoramento, tendo por base de comparação a variável ensino básico –, o estado civil – que inclui as variáveis binárias, solteiro, divorciado, e viúvo, tendo por base a variável casado ou a viver em união de facto –, a situação perante o trabalho – incluindo as variáveis binárias relativas a trabalhador por conta de outrem, desempregado, estudante reformado, e outra, tendo por base a variável trabalhador por conta própria –, seguro de privado de saúde – incluindo a variável binária, sim, tendo por base de comparação o não –, e subsistema de saúde – incluindo a variável binária, sim, tendo por base de comparação o não.

(20) Para explicação mais detalhada sobre as hipóteses subjacentes ao modelo OLS pode ser consultado Wooldridge (2013), "Introductory Econometrics: A Modern Approach, Fifth Edition". Manson: South-Western Cengage Learning. (21) A implementação do modelo OLS incluiu a correção da heteroscedasticidade dos erros da estimação, após aplicação do teste Breusch-Pagan/Cook-Weisberg.



Da análise dos resultados apresentados na tabela 8, constata-se que o nível educacional e possuir um seguro privado de saúde exibiram um efeito positivo no nível de literacia global, com significância estatística. Em concreto, o nível de escolaridade revela-se um dos fatores mais determinantes na literacia global. Os respondentes com ensino secundário, licenciatura, mestrado ou doutoramento apresentam níveis significativamente mais elevados de literacia, com efeitos crescentes conforme o grau de educação. Possuir seguros privados de saúde associa-se também positivamente à literacia global, com significância estatística, enquanto o acesso a subsistemas de saúde não apresentou nível de significância.

Relativamente às demais variáveis analisadas, verificou-se que não apresentaram significância estatística, com exceção da categoria “outra” na variável relativa à situação perante o trabalho, que revelou um efeito negativo no nível global de literacia, com significância estatística.

Tabela 8
Modelo de regressão
aplicado ao nível da
literacia global dos
utentes

VARIÁVEIS	COEFICIENTES
IDADE DO RESPONDENTE	
Entre 20 e 30 anos	-
Entre 31 e 40 anos	0,002 (0,019)
Entre 41 e 50 anos	0,010 (0,019)
Entre 51 e 60 anos	0,006 (0,019)
Entre 61 e 70 anos	0,016 (0,024)
Superior a 70 anos	-0,018 (0,027)
GÉNERO	
Feminino	-
Masculino	0,006 (0,009)
NÍVEL DE EDUCAÇÃO	
Ensino básico	-
Ensino secundário	0,0299 (0,012)**
Licenciatura	0,087 (0,015)***
Mestrado ou Doutoramento	0,1109 (0,021)***



Legenda: *** significativo para o nível de 1%; e ** significativo para o nível de 5%. Nota: do modelo foi retirada a varável nível de escolaridade, por exibir, um nível de correção de aproximadamente de 50% com o tipo de respondente. Estatísticas t entre parênteses. $R^2=0,1253$. N=1010.

ESTADO CIVIL

Casado/união de facto	-
Solteiro	-0,001 (0,013)
Divorciado	-0,001 (0,017)
Viúvo	-0,019 (0,017)

SITUAÇÃO PERANTE O TRABALHO

Trabalhador por conta própria	-
Trabalhador por conta de outrem	0.009 (0,0159)
Desempregado	-0,000 (0,024)
Estudante	-0,005 (0,034)
Reformado	-0,005 (0,023)
Outra	-0,089 (0,042)**

SEGURO PRIVADO DE SAÚDE

Não	-
Sim	0,022 (0,010)**

SUBSISTEMA DE SAÚDE

Não	-
Sim	0,010 (0,011)
Constante	0,320 (0,025)***



Para identificação de eventuais diferenças no nível de literacia entre grupos de profissionais de saúde, foram implementados testes não paramétricos (designadamente teste Mann-Whitney e Kruskal-Wallis)⁽²²⁾, com base nas seguintes características: tipo de respondente, natureza do estabelecimento, tipo de cuidados de saúde, região de saúde, idade, género, nível de escolaridade e estado civil (cfr. tabela 9). Da implementação dos testes resultou que existem diferenças estatisticamente significativas entre grupos, mediante a rejeição da hipótese nula, em todas as variáveis consideradas.

Em concreto, os profissionais de saúde apresentaram um nível de literacia superior ao dos profissionais administrativos (63,6% e 57,0%, respetivamente), sendo este resultado estatisticamente significativo.

No que se refere ao tipo de estabelecimento, os profissionais em exercício de funções em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde sociais e públicos apresentaram maior nível de literacia, em comparação com os do setor privado. Entre os profissionais que trabalhavam em estabelecimentos públicos, observou-se um nível médio de literacia global superior (65,1%) nos que exerciam funções em unidades de cuidados de saúde primários. Por sua vez, entre os profissionais que trabalham em estabelecimento privados e sociais, constatou-se um nível médio de literacia global superior para os que exerciam funções em estabelecimentos com internamento (62,9%).

Quanto às características sociodemográficas, observou-se uma tendência de aumento do nível de literacia global com a idade. Respondentes com mais de 70 anos apresentaram o maior nível médio de literacia global (65,5%), enquanto a faixa etária de 20 a 30 anos registou o menor nível (58,6%). Adicionalmente, os profissionais do género masculino exibiram maior nível médio de literacia global (64,9%). Quanto ao nível de escolaridade, os profissionais com mestrado ou doutoramento apresentaram o nível mais elevado de literacia (66,0%), seguidos dos licenciados (63,3%). Em contrapartida, profissionais com ensino básico exibiram os níveis mais baixos de literacia (41,7%), evidenciando a forte influência da formação académica no domínio da literacia. Por fim, não se identificaram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de literacia global entre diferentes estados civis, embora os respondentes casados ou a viver em união de facto tenham exibido um valor ligeiramente superior (62,1%). A análise por região também não permitiu identificar diferenças estatisticamente significativas, destacando-se, no entanto, que a região de saúde do Alentejo apresentou o nível médio de literacia global mais baixo (59,8%), e a região do Norte o mais elevado (62,1%).

Comparando os atuais resultados com os obtidos em 2017, constata-se que as variáveis consideradas se mantiveram consistentes entre os dois períodos, revelando diferenças estatisticamente significativas e com tendência semelhante, demonstrando a importância de fatores institucionais e sociodemográficos e do tipo de funções desempenhadas no nível de literacia global. Destaca-se a persistente relação positiva entre nível de literacia e a pertença ao grupo de profissionais de saúde e ao género masculino, bem como a relação positiva entre nível literacia e nível de escolaridade e idade.

(22) Nos testes estatísticos Mann-Whitney e Kruskal-Wallis assume-se como hipótese nula que a variável tem comportamento semelhante entre dois e três ou mais grupos, respetivamente. A utilização destes testes exige que os dados provenham de amostras independentes de populações, não exigindo que as distribuições de probabilidade sigam a normalidade. Para se aferir da normalidade das variáveis, aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, que levou à rejeição da normalidade.



Tabela 9
Nível médio de
literacia global,
teste Mann-Whitney
e teste Kruskal-
Wallis – análise dos
profissionais de saúde
e administrativos

VARIÁVEIS	NÍVEL MÉDIO DE LITERACIA GLOBAL	KRUSKAL-WALLIS OU MANN-WHITNEY
TIPO DE RESPONDENTE		-12,49 (0,000)***
Profissional de saúde	63,6%	
Profissional administrativo	57,0%	
NATUREZA DO ESTABELECIMENTO		110,364 (0,000)***
Público	64,1%	
Privado	59,1%	
Social	64,5%	
TIPO DE CUIDADOS DE SAÚDE DOS ESTABELECIMENTOS PÚBLICOS		8,60 (0,014)**
Primários	65,1%	
Com internamento (cuidados de saúde hospitalares)	63,2%	
Cuidados continuados ou paliativos	61,3%	
TIPO DE CUIDADOS DE SAÚDE DOS ESTABELECIMENTOS PRIVADOS E SOCIAIS		23,45 (0,000)***
Ambulatório	58,6%	
Com internamento (cuidados de saúde hospitalares)	62,9%	
Cuidados continuados ou paliativos	59,5%	



REGIÃO DE SAÚDE DO ESTABELECIMENTO		3,26 (0,515)
Norte	62,1%	
Centro	61,7%	
Lisboa e Vale do Tejo	61,3%	
Alentejo	59,8%	
Algarve	61,7%	
IDADE DO RESPONDENTE		30,17 (0,000)***
Entre 20 e 30 anos	58,6%	
Entre 31 e 40 anos	62,7%	
Entre 41 e 50 anos	61,3%	
Entre 51 e 60 anos	61,2%	
Entre 61 e 70 anos	63,6%	
Superior a 70 anos	65,5%	
GÉNERO		63,99 (0,000)***
Feminino	60,7%	
Masculino	64,9%	
Outro	60,4%	
Não pretendo responder	60,9%	
NÍVEL DE EDUCAÇÃO		412,91 (0,000)***
Ensino básico	41,7%	
Ensino secundário	52,7%	
Licenciatura	63,3%	
Mestrado ou Doutoramento	66,0%	



A possível relação entre as características dos profissionais e a literacia global foi estudada através de uma análise de regressão, com base num modelo de regressão linear múltipla, estimado pelo método dos mínimos quadrados ordinários (*Ordinary Least Squares – OLS*)⁽²³⁾⁽²⁴⁾. No modelo considera-se como variável dependente o nível de literacia global, e as variáveis explicativas incluem o tipo de profissional – que assume o valor 1 se o responde é profissional administrativo – a natureza do prestador onde o profissional exerce atividade – incluindo-se as variáveis binárias estabelecimento público, privado e social, tendo por base de comparação

com o estabelecimento público –, região de saúde – incluindo-se as variáveis binárias Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, tendo por base de comparação a região Norte –, a idade – incluindo as variáveis binárias relativas aos intervalos entre 31 e 40 anos, entre 41 e 50, entre 51 e 60, entre 61 e 70, e superior a 70 anos, tendo por base de comparação o intervalo de idades entre 20 e 30 anos –, o género – incluindo as variáveis binárias, masculino, outro, e prefiro não dizer, tendo por base de comparação a variável feminino –, o estado civil – que inclui as variáveis binárias, solteiro, divorciado, viúvo, tendo por base a variável solteiro.

ESTADO CIVIL		5,46 (0,141)
Casado/União de Facto	62,1%	
Solteiro	60,8%	
Divorciado	60,5%	
Viúvo	60,4%	

Legenda: *** significativo para o nível de 1%; e ** significativo para o nível de 5%. Nota: utilizou-se o teste Mann-Whitney para comparar grupos de dois elementos e o teste Kruskal-Wallis para três ou mais grupos.

⁽²³⁾ Para explicação mais detalhada sobre as hipóteses subjacentes ao modelo OLS pode ser consultado Wooldridge (2013), "Introductory Econometrics: A Modern Approach, Fifth Edition". Manson: South-Western Cengage Learning.

⁽²⁴⁾ A implementação do modelo OLS incluiu a correção da heteroscedasticidade dos erros da estimação, após aplicação do teste Breusch-Pagan/Cook-Weisberg.



Os resultados apresentados na tabela 10 reforçam os resultados obtidos da análise anterior, onde se conclui que ser profissional com funções administrativas impacta negativamente no nível de literacia global, com significância estatística. Por outro lado, o exercício de funções em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde de natureza privada surge associado a um menor nível de literacia global, quando comparado com o exercício de funções em estabelecimentos públicos. Importa referir que este resultado é expectável, na medida em que a maioria das questões incide sobre o funcionamento do SNS, versando sobre assuntos com que os profissionais do setor público se deparam mais frequentemente, ainda que se tenham incluído questões destinadas ao setor privado e a profissionais que exercem funções no setor público e social. As características demográficas dos respondentes – a idade e o género – influenciam o nível de literacia, de forma estatisticamente significativa, no mesmo sentido dos resultados obtidos anteriormente, ou seja, respondentes do género masculino tendem a apresentar um nível mais elevado de literacia, e o nível de literacia tende a aumentar com a idade. À semelhança dos resultados obtidos com a análise inferencial, as variáveis relativas ao estado civil e à região não apresentaram significância estatística no modelo econométrico.

Tabela 10
Modelo de regressão
aplicado ao nível
da literacia global
por parte dos
profissionais de saúde
e administrativos

VARIÁVEIS	COEFICIENTES
TIPO DE RESPONDENTE	
Profissional de saúde	-
Profissional administrativo	-0,059 (-10,70)***
NATUREZA DO ESTABELECIMENTO	
Público	-
Privado	-0,052 (-10,14)***
Social	0,002 (0,16)
REGIÃO DE SAÚDE DO ESTABELECIMENTO	
Norte	-
Centro	-0,006 (-0,81)
Lisboa e Vale do Tejo	-0,007 (-1,27)
Alentejo	-0,017 (-0,97)
Algarve	0,004 (0,29)



Legenda: *** significativo para o nível de 1%; e ** significativo para o nível de 5%. Nota: do modelo foi retirada a varável nível de escolaridade, por exibir, um nível de correção de aproximadamente de 50% com o tipo de respondente. Estatísticas t entre parênteses. R2=0,0682. N=4.600.

IDADE DO RESPONDENTE	
Entre 20 e 30 anos	-
Entre 31 e 40 anos	0,033 (2,94)***
Entre 41 e 50 anos	0,016 (1,46)
Entre 51 e 60 anos	0,0123 (1,12)
Entre 61 e 70 anos	0,026 (1,98)**
Superior a 70 anos	0,042 (2,20)**
GÉNERO	
Feminino	-
Masculino	0,042 (7,04)***
Outro	-0,009 (-0,10)
Não pretendo responder	0,007 (0,29)
ESTADO CIVIL	
Casado/União de Facto	-
Solteiro	-0,001 (-0,13)
Divorciado	-0,007 (-0,85)
Viúvo	-0,016 (-0,92)
Constante	0,695 (52,16)***



4.2 LITERACIA POR TEMA

De seguida, avalia-se o nível de literacia observado em cada tema descrito na tabela 1, incluindo a apresentação da distribuição pelas categorias “inadequado”, “problemático”, “suficiente” e “excelente”, de acordo com o índice anterior, bem como a apresentação das respostas de cada pergunta. Os temas que apenas incluem uma pergunta – direito à proteção da saúde, direito a cuidados de saúde de qualidade, direito à assistência espiritual e religiosa, direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, e direito a ser representado ou a constituir associações de defesa dos seus direitos – não compreendem a distribuição por categorias, porque isso corresponderia a duplicação de informação.

4.2.1 CONHECIMENTO SOBRE A ERS

A ERS é uma pessoa coletiva de direito público, constituída como uma entidade administrativa independente. Dispõe de autonomia administrativa, financeira e de gestão, bem como independência orgânica, funcional e técnica. Além disso, tem património próprio e exerce funções de regulação, regulamentação, supervisão, fiscalização e sancionatórias.

O âmbito da sua atuação abrange todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, independentemente da sua natureza jurídica, incluindo os setores público, privado, social e cooperativo. No entanto, estão excluídos da sua regulação os profissionais de saúde, no que concerne às matérias sujeitas à supervisão das respetivas ordens profissionais (má prática clínica, má conduta, desrespeito por normas de carácter deontológico), bem como os estabelecimentos que, nos aspetos específicos da sua atividade, se encontram sob regulação do INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (dispensa de medicamentos e produtos de saúde pelas farmácias). Também se excluem das competências da ERS factos sobre comportamentos que possam configurar responsabilidade criminal.

As competências da ERS incluem a supervisão do funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, assegurando o cumprimento dos requisitos legais de atividade e operação, incluindo o processo de licenciamento. Além disso, compete-lhe garantir o respeito pelos direitos dos utentes, nomeadamente no acesso a cuidados de saúde de qualidade, bem como verificar a legalidade e transparência das relações económicas entre prestadores, entidades financiadoras e utentes.

Enquanto entidade reguladora, a ERS atua de acordo com os seus Estatutos, estabelecidos pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, e pela Lei n.º 67/2013, de 28 de agosto, que aprovou a Lei-quadro das entidades administrativas independentes com funções de regulação da atividade económica dos setores privado, público e cooperativo.



ANÁLISE DAS RESPOSTAS AOS QUESTIONÁRIOS

Neste estudo, além do conhecimento dos utentes e prestadores sobre os vários direitos dos utentes dos serviços de saúde, também se procurou compreender o grau de literacia em regulação, ou seja, o nível de conhecimento dos inquiridos sobre a ERS, as suas atribuições e competências. Neste âmbito, analisaram-se questões relacionadas com o papel da ERS na garantia da qualidade e segurança dos serviços de saúde, bem como a familiaridade dos inquiridos com a informação disponibilizada pela Reguladora sobre direitos dos utentes.

Antes de se avaliar o nível de literacia, descreve-se o autoconhecimento e os hábitos de consulta de informação disponibilizada pela ERS. Em relação ao conhecimento autoavaliado sobre a ERS pelos utentes, observa-se que a maioria revelou não possuir qualquer conhecimento sobre o tema (46,1%). Além disso, 27,2% dos inquiridos avaliaram o seu conhecimento como “baixo” e 21,7% como “médio”. Uma pequena percentagem

classificou o seu conhecimento como “alto” (2,5%) e “muito alto” (0,4%). Adicionalmente, 2,1% dos utentes afirmaram “não saber” ou optaram por não responder à questão (cfr. gráfico 4). Comparando com o ano de 2017, a percentagem de utentes que indicou não possuir qualquer conhecimento sobre a ERS (“nenhum”) diminuiu 2,4 pontos percentuais (p.p.) relativamente à de 2024 (48,5% em 2017 vs. 46,1% em 2024). De forma semelhante, a proporção de utentes com conhecimento “baixo” também apresentou uma redução significativa, passando de 32,8% em 2017 para 27,2% em 2024. Por outro lado, verificou-se um aumento na proporção de utentes que classificaram o seu conhecimento como “médio”, aumentando de 17,7% em 2017 para 21,7% em 2024, o que aponta para uma melhoria no nível de conhecimento autoavaliado. Já os níveis de conhecimento “alto” e “muito alto” diminuíram de 4,2% e 0,9% em 2017 para 2,5% e 0,4% em 2024, respetivamente.

Nas duas categorias de profissionais inquiridos, e à semelhança do observado em 2027, predominou o nível de conhecimento “médio”, a que se somam 31,9% dos profissionais de saúde e 29,9% de profissionais administrativos com conhecimento baixo ou com nenhum conhecimento (cfr. gráfico 5). Nos profissionais de saúde e administrativo, o conhecimento autoavaliado sobre a ERS manteve o grau “médio” como predominante em ambos os grupos (53,7% e 60,6%, respetivamente, em 2017). Em comparação com 2027, em 2024 observou-se um aumento na proporção de profissionais que autoavaliaram o seu conhecimento como “baixo” ou “nenhum” nos profissionais de saúde. Essa proporção subiu de 29,6% em 2017 para 31,9% em 2024, enquanto entre os profissionais administrativos, o aumento foi mais acentuado, passando de 24,2% para 29,9%.



AUTOAVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE A ERS

Gráfico 4

Utentes

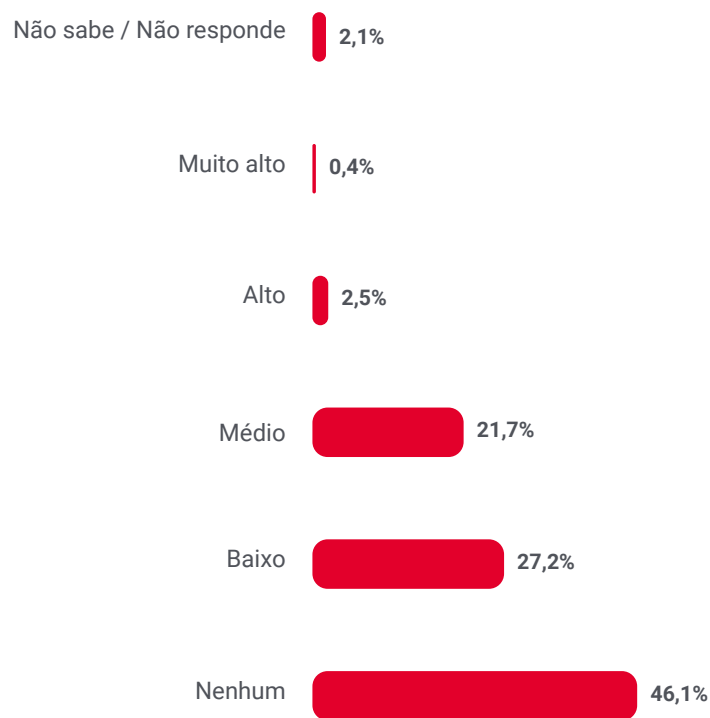
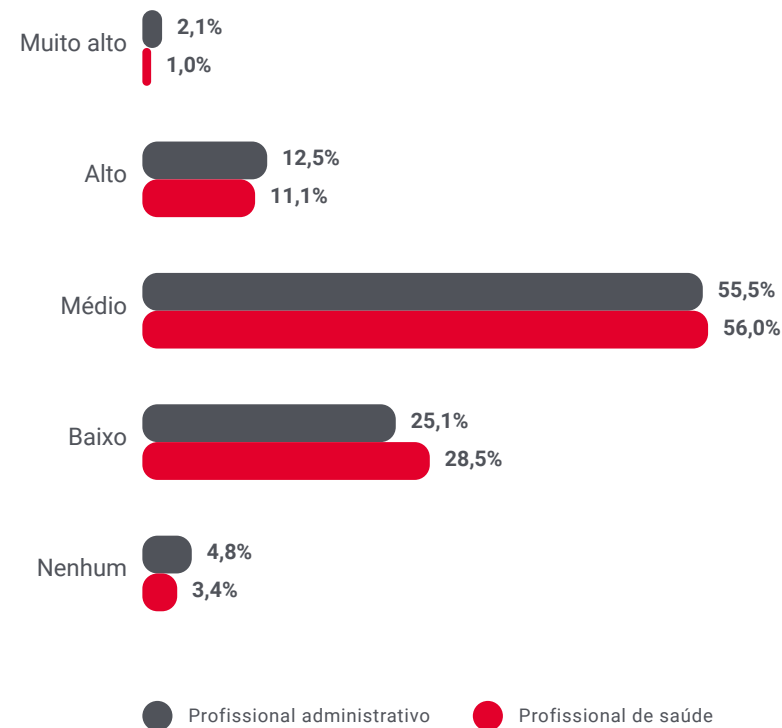


Gráfico 5

Profissionais



● Profissional administrativo ● Profissional de saúde



Quando questionados sobre a consulta de informação disponibilizada pela ERS sobre os direitos dos utentes, os resultados mostram que 15,8% dos utentes inquiridos afirmaram já ter consultado essas informações, enquanto a grande maioria (81,9%) indicou nunca o ter feito (cfr. gráfico 6). Além disso, 2,3% dos inquiridos responderam “não sabe/não responde”, demonstrando que a consulta das informações disponibilizadas pela

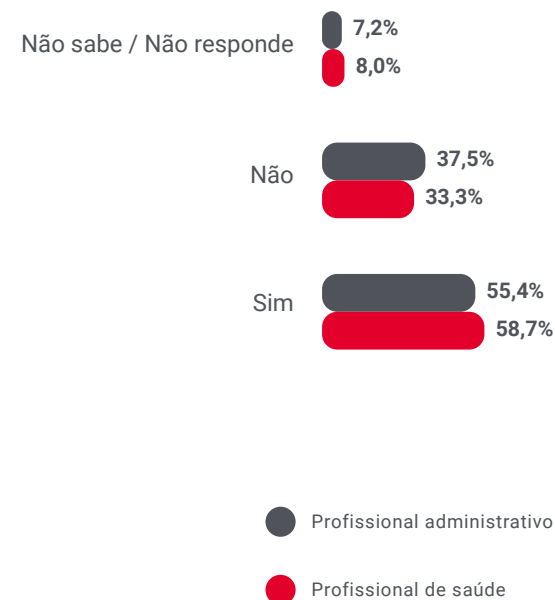
ERS é pouco frequente entre os utentes. Por outro lado, os resultados mostram que mais da metade dos profissionais de saúde (58,7%) e dos profissionais administrativos (55,4%) já consultaram as informações disponibilizadas pela ERS para melhor compreender as suas obrigações profissionais (cfr. gráfico 7).

CONSULTA DE INFORMAÇÃO DISPONIBILIZADA PELA ERS

Gráfico 6
Consulta de
informação realizada
por utentes



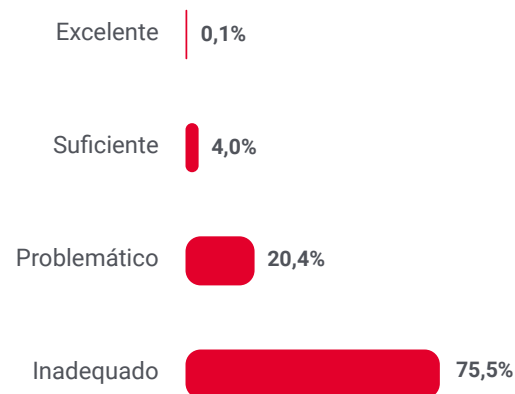
Gráfico 7
Consulta de
informação realizada
por profissionais





No que diz respeito ao nível de conhecimento sobre a ERS, a maioria dos utentes (95,9%) apresentou níveis inadequados ou problemáticos, com o nível “inadequado” a atingir 75,5% dos inquiridos (cfr. gráfico 8). Em contrapartida, 4,0% dos utentes alcançaram o nível de conhecimento “suficiente”, enquanto uma percentagem residual de 0,1% demonstrou possuir um nível de conhecimento “excelente”. Quanto aos profissionais, a maioria apresentou níveis inadequados ou problemáticos, totalizando 79,6% nos profissionais de saúde e 80,2% nos profissionais administrativos, com destaque o nível de literacia problemático, o mais representativo em ambas as categorias (cfr. gráfico 9). Por outro lado, 1,0% dos profissionais revelou nível de literacia excelente.

Gráfico 8
Utentes



NÍVEL DE LITERACIA SOBRE A ERS

Gráfico 9
Profissionais





Da análise à questão sobre os estabelecimentos sob os quais recai a atuação da ERS, constata-se que 26,6% dos utentes inquiridos indicaram a resposta correta, assinalando a opção “dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde públicos, privados, cooperativos e sociais”. De forma semelhante, percentagens muito próximas de profissionais de saúde (33,3%) e de profissionais administrativos (40,3%) também assinalaram corretamente essa opção (cfr. tabela 11).

Tabela 11
Atuação da ERS (%)

A ERS atua sobre a atividade:	Utentes	Profissional de saúde	Profissional administrativo
dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde públicos, privados, cooperativos e sociais	26,6%	33,3%	40,3%
dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde públicos, privados, cooperativos e sociais e do setor dos medicamentos	10,5%	2,5%	2,6%
dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde públicos, privados, cooperativos e sociais e dos profissionais de saúde	16,4%	25,2%	23,1%
dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde públicos, privados, cooperativos e sociais, do setor dos medicamentos e dos profissionais de saúde	22,6%	33,8%	27,3%
não sabe/não responde	1,0%	4,6%	5,8%
nenhuma das anteriores	22,9%	0,5%	0,9%



Nessa sequência, foi solicitado aos inquiridos que selecionassem o âmbito de atuação da ERS nos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, entre as seguintes opções: requisitos para o exercício da atividade; direito de acesso aos cuidados de saúde e demais direitos e interesses legítimos dos utentes; legalidade e transparência das relações económicas; concorrência no setor da saúde; todas as anteriores; nenhuma das anteriores; ou não sabe/não responde. Da análise dos gráficos 10 e 11, constata-se que 27,9% dos utentes, 65,4% dos profissionais de saúde e 48,6% dos profissionais administrativos responderam corretamente, escolhendo a opção “todas as anteriores”.

ÂMBITO DE ATUAÇÃO DA ERS NOS ESTABELECIMENTOS PRESTADORES DE CUIDADOS DE SAÚDE

Gráfico 10
Utentes

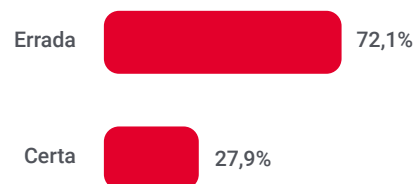
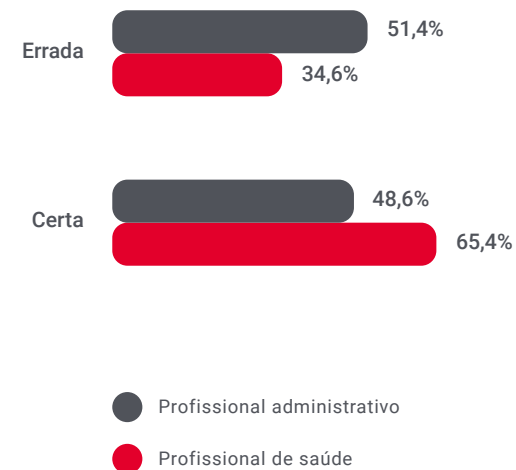


Gráfico 11
Profissionais





Por último, quanto à atividade da ERS, foi solicitado aos inquiridos que escolhessem entre as seguintes opções: elabora e aprova regulamentos; emite ordens, instruções e recomendações, além de aplicar sanções aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde; regista, licencia e fiscaliza os prestadores de cuidados de saúde; analisa reclamações, sugestões e elogios, acompanhando o seu tratamento; realiza estudos e relatórios, monitorizando o sistema de saúde; aplica sanções disciplinares aos profissionais de saúde; fornece informação, orientação e apoio sobre os direitos e interesses legítimos dos utentes; atua como mediadora de conflitos entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e

utentes; todas as anteriores; nenhuma das anteriores; ou não sabe/não responde. Os resultados revelaram um significativo desconhecimento sobre esta temática, tanto por parte dos utentes como dos profissionais (cfr. gráficos 12 e 13). No caso dos utentes, a percentagem dos que responderam corretamente, selecionando todas as opções, com exceção de “aplica sanções disciplinares aos profissionais de saúde” e/ou “todas/nenhumas das anteriores” foi inferior a 1,0%. Do mesmo modo, entre os profissionais, as percentagens de respostas corretas não atingiram os 4,0%, evidenciando também um nível considerável de desconhecimento.

ATIVIDADE DA ERS

Gráfico 12
Utentes

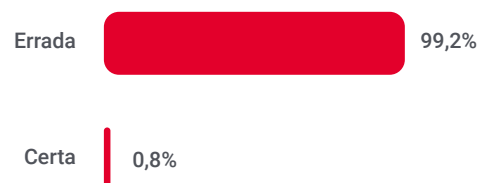
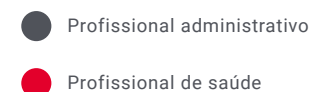
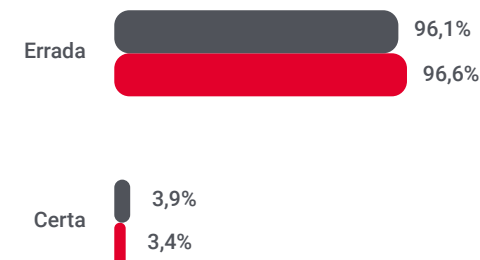


Gráfico 13
Profissionais





4.2.2 DIREITO À PROTEÇÃO DA SAÚDE

O direito à proteção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social e pressupõe a criação e desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer.

Compreende, desta forma, o acesso à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos.

O exercício deste direito constitui uma responsabilidade conjunta das pessoas, da sociedade e do Estado, exigindo-se, neste âmbito, o respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade. Ao Estado compete promover e garantir o direito à proteção da saúde, nomeadamente, através de um SNS universal, geral e tendencialmente gratuito.

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

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

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

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

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

e | Equidade, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis (imigrantes, jovens, idosos, portadores de deficiência e portadores de doenças raras);

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.



ANÁLISE DAS RESPOSTAS AOS QUESTIONÁRIOS

No contexto do direito à proteção da saúde, 27,2% dos utentes inquiridos responderam corretamente que o utente pode optar por realizar a cirurgia num hospital privado se este tiver acordo com o SNS e o hospital público não reunir condições para realizar o procedimento (cfr. gráfico 14). Entre os profissionais, tanto de saúde (83,3%) como administrativos (78,6%), a maioria respondeu corretamente à questão, demonstrando um maior conhecimento sobre este direito em comparação com os utentes (cfr. gráfico 15).

“Se for proposta uma cirurgia num hospital público, o utente pode optar por fazê-la num qualquer hospital privado, com o Estado a suportar os custos?”

Gráfico 14
Utentes

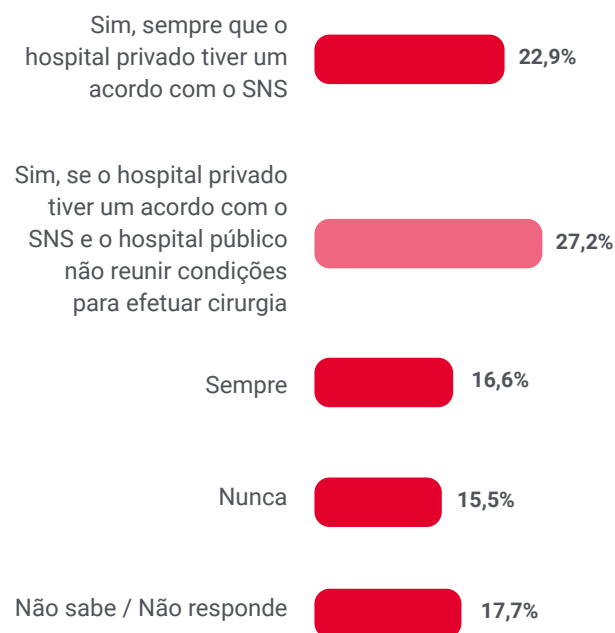
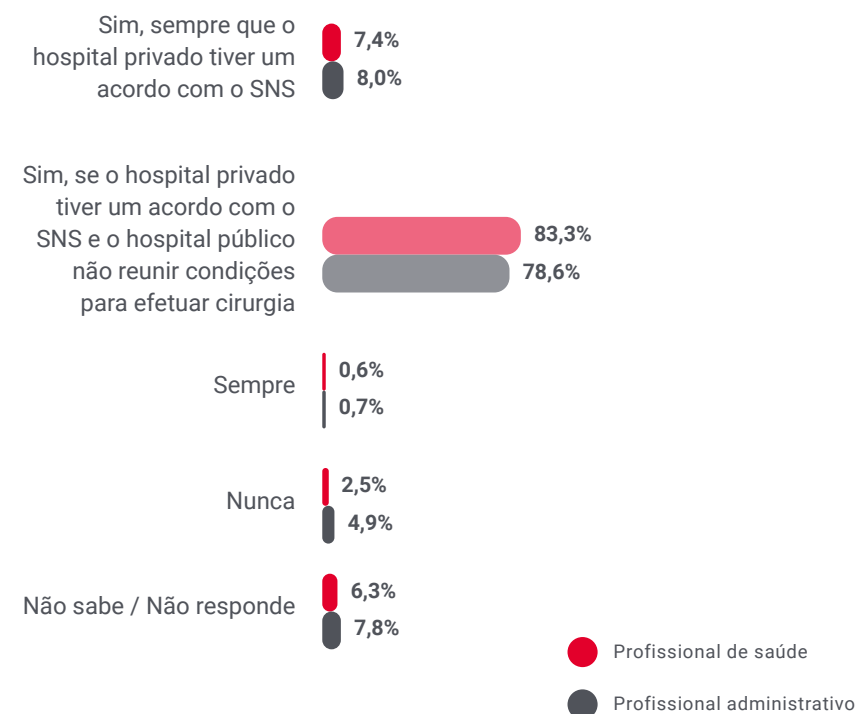


Gráfico 15
Profissionais





4.2.3 DIREITO DE ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE

O direito de acesso aos cuidados de saúde visa, desde logo, assegurar que todos os utentes possam beneficiar de atividades que tenham por objeto a prevenção, promoção, restabelecimento ou manutenção da saúde, bem como o diagnóstico, o tratamento/terapêutica e reabilitação, e que visem atingir e garantir uma situação de ausência de doença e/ou um estado de bem-estar físico e mental.

Este direito é universal e deve ser acessível a todos, independentemente das condições socioeconómicas, local de residência ou situação legal no país.

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

Desta forma, em virtude do conceito alargado de beneficiário do SNS plasmado na LBS, um cidadão estrangeiro que esteja em situação irregular no território nacional tem direito a aceder a cuidados de saúde no SNS⁽²⁵⁾. Ser-lhe-á, no entanto, exigido o pagamento dos cuidados recebidos, segundo as tabelas em vigor, excetuando nos casos previstos no n.º 7

da Circular Informativa N.º12/ DQS/DMD da DGS⁽²⁶⁾, nomeadamente quando estejam em causa cuidados de saúde urgentes e vitais, doenças transmissíveis que acarretem perigo para a saúde pública, cuidados no âmbito da saúde materno-infantil e saúde reprodutiva, cuidados de saúde a menores que se encontram a residir em Portugal, vacinação, cidadãos estrangeiros em situação de reagrupamento familiar (quando alguém do agregado familiar efetua descontos para a segurança social), cidadãos em situação de exclusão social ou em situação de carência económica comprovada, mas desde que o cidadão apresente declaração emitida pela Junta de Freguesia que comprove a residência em Portugal há mais de 90 dias.

Dado este enquadramento legal, os estabelecimentos integrados no SNS devem prestar cuidados de saúde a todos os seus beneficiários que deles necessitem, respeitando, portanto, o direito de acesso em tempo útil e garantindo que os cuidados prestados sejam de qualidade e segurança.

Nesse sentido, o direito de acesso à saúde não se limita apenas à possibilidade de usufruir dos serviços do SNS, mas abrange também a garantia de que esses cuidados sejam prestados de forma célere e eficaz.

A Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS (CDA), consagrada no Capítulo V da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, visa *"garantir a prestação dos cuidados de saúde pelo SNS e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente do SNS"*.

(25) A ERS disponibiliza perguntas frequentes sobre Acesso de imigrantes à prestação de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde em <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/acesso-de-imigrantes-a-prestacao-de-cuidados-de-saude-no-servico-nacional-de-saude/> e sobre Acesso a cuidados de saúde primários em <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/acesso-a-cuidados-de-saude-primarios-centros-de-saude/>.

(26) A Circular Informativa N.º12/DQS/DMD da DGS pode ser consultada em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-12dqsmd-de-07052009-pdf.aspx>.



A CDA define, assim:

Os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)⁽²⁷⁾, ou seja, os períodos máximos para que sejam prestados os cuidados de saúde de que o utente necessita, garantindo assim a qualidade utilidade, eficiência e eficácia dos mesmos;

O direito do utente à informação sobre esses tempos.

Deste modo, foram estabelecidos tempos máximos de resposta no acesso dos utentes aos cuidados de saúde para vários tipos de prestações sem carácter de urgência.

No acesso aos cuidados de saúde, o utente tem direito:

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

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

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

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

Ao cumprimento dos TMRG; e

A reclamar junto da ERS sempre que os TMRG não sejam cumpridos.

O utente tem ainda direito a ser informado, em cada momento, sobre a sua posição relativa na lista de inscritos para os cuidados de saúde que aguarda.

Para garantir o cumprimento dos TMRG e assegurar que o utente receba os cuidados necessários em tempo útil, existem mecanismos que permitem a transferência para outra unidade de saúde, quando a instituição de origem não tem capacidade para prestar os cuidados necessários.

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

Concretamente, e no que à transferência cirúrgica diz respeito, ela é operada pela emissão e cativação de nota de transferência e de vale cirurgia, e implica apenas a transferência da prestação dos procedimentos cirúrgicos relativos ao(s) problema(s) identificado(s) e às eventuais intercorrências da responsabilidade da instituição hospitalar ou complicações identificadas até sessenta dias após a alta hospitalar.

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

(27) A ERS disponibiliza perguntas frequentes sobre TMRG em <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/tempos-maximos-de-resposta-garantidos-tmrgr/>.



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

Nesse sentido, foram adotadas medidas para uniformizar e melhorar os processos de triagem nos serviços de urgência. Um passo importante foi dado com o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, que reconheceu como obrigatória *"[...] a implementação de sistemas de triagem de prioridades no Serviço de Urgência (SU), determinando que em todos os SU, qualquer que seja o nível, deve existir um sistema de triagem que permita distinguir graus de prioridade, de modo a que, se houver tempo de espera, se exerçam critérios preestabelecidos de tempo até à primeira observação."*

Dando continuidade a este princípio, o Despacho n.º 1057/2015 veio reforçar a importância de um sistema de triagem estruturado e validado internacionalmente. Este despacho destacou especificamente *"a importância para a boa gestão de cuidados de saúde em contexto de urgência hospitalar, comprovada internacionalmente, do Sistema de Triagem de Manchester (MTS), enquanto instrumento de apoio à decisão clínica na triagem de doentes dos serviços de urgência, e que, adaptado à realidade portuguesa, já é usado com resultados positivos [...]"*.

No seguimento desta evolução e com o intuito de garantir que a triagem se mantém eficaz ao longo do tempo de espera, a Direção-Geral da Saúde (DGS) emitiu a Norma n.º 002/2018, de 9 de janeiro. Esta norma introduziu diretrizes adicionais, estipulando, nomeadamente, que *"A implementação da triagem deve prever a retriagem/reavaliação da pessoa, definida a nível da unidade de saúde: a) Quando o tempo de espera excede o limite previsto; b) De acordo com as características da pessoa, por iniciativa do profissional de saúde; c) Sempre que a família/acompanhante o solicite."*

Além do direito a cuidados de saúde em tempo útil, é igualmente garantido ao utente o direito de escolha do prestador de cuidados de saúde. A liberdade de escolha encontra-se consagrada na alínea c) do n.º 1 da Base 2 da LBS, nos termos da qual *"Todas as pessoas têm direito: [...] c) A escolher livremente a entidade prestadora de cuidados de saúde, na medida dos recursos existentes."* No mesmo sentido, o artigo 2.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, sob a epígrafe "Direito de escolha", refere que *"O utente dos serviços de saúde tem direito de escolha dos serviços e prestadores de cuidados de saúde, na medida dos recursos existentes;"*; por sua vez, nos termos do n.º 2 do referido artigo 2.º, *"O direito à proteção da saúde é exercido tomando em consideração as regras de organização dos serviços de saúde."* Porém, esta liberdade de escolha no âmbito do SNS estará sempre condicionada pelas limitações decorrentes dos recursos existentes e da organização dos serviços, resultantes da obrigação do SNS cumprir, antes de mais, os seus propósitos de universalidade e generalidade. Qualquer utente tem o direito de recorrer, a todo e qualquer momento e em quaisquer circunstâncias, a este Serviço, cumprindo as regras de acesso, organização e de referenciação em vigor a cada momento. Deste modo, se o utente necessitar de cuidados de saúde urgentes/emergentes, tal como os mesmos se encontram definidos no SNS, o acesso deve ser efetuado através da rede de urgência/emergência. Se a situação específica do utente não se enquadrar nesse contexto, deverá o mesmo dirigir-se à rede de cuidados primários, à qual competirá efetuar a avaliação da sua situação e, em conformidade com a sua patologia e necessidades de tratamento ou intervenção, decidir pela competente referenciação hospitalar.

O transporte de utentes é uma atividade complementar à prestação de cuidados de saúde, assumindo especial relevo no âmbito do direito de acesso, porque se destina a facultar meios humanos, técnicos ou de organização indispensáveis para garantir este direito e a qualidade dos cuidados de saúde e obedece, ainda, a um conjunto de regras específicas.



Considera-se transporte não urgente de doentes no âmbito do SNS⁽²⁸⁾, aquele que se realiza para obtenção de cuidados de saúde, sendo a sua origem ou destino estabelecimentos do SNS, ou com contrato ou convenção com o SNS, nas seguintes situações:

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

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

O transporte não urgente de doentes no âmbito do SNS é isento de encargos para o utente nos seguintes casos:

Quando este tenha insuficiência económica e a sua situação clínica o justifique;

Quando haja uma necessidade impreterível da prestação de cuidados de saúde de forma prolongada e continuada, independentemente da situação de insuficiência económica;

Enquanto medida de apoio às vítimas dos incêndios florestais ocorridos em Portugal Continental, entre 17 e 24 de junho de 2017; 15 e 16 de outubro de 2017, e entre 3 e 10 de agosto de 2018, nos concelhos identificados na lei.

Ainda sobre o direito de acesso a cuidados de saúde, importa referir que os utentes do SNS podem, mediante certas condições, aceder a cuidados de saúde no estrangeiro, nomeadamente noutros Estados-Membros (EM) da UE, quer se trate de cuidados de saúde programados ou não programados

No que respeita à prestação programada de cuidados de saúde em estabelecimentos situados nos EM da UE, salienta-se que a lei define um regime específico para o acesso dos utentes do SNS, garantido pelo Estado Português, através do reembolso de despesas efetuadas nesse âmbito e de um procedimento de autorização prévia para casos específicos.

De todo o modo, excluem-se do âmbito deste regime os cuidados continuados integrados, a dádiva ou colheita de órgãos após a morte, respetiva alocação e acesso aos mesmos para fins terapêuticos ou de transplante, e o Plano Nacional e Regional de Vacinação.

(28) A ERS disponibiliza perguntas frequentes sobre transporte não urgente de doentes no SNS em <https://ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/transporte-nao-urgente-de-doentes-no-sns/>.



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

Neste âmbito, o acesso a estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos setores privado, social ou cooperativo é efetuado em conformidade com o princípio da liberdade contratual, mediante a contraprestação (preço) que vier a ser acordada entre as partes. Deste modo, o utente que recorra a um prestador de cuidados de saúde do setor privado, social ou cooperativo, a título particular, ou seja, sem qualquer referenciação ou credencial emitida pelo SNS no âmbito de uma convenção, sem seguro de saúde ou subsistema associado, deverá assumir, na íntegra, os encargos daí decorrentes.

Ademais, independentemente da qualidade em que o utente acede aos cuidados de saúde ou da entidade responsável pelo seu financiamento ou encargos, deve ser sempre respeitado o princípio da igualdade, que prescreve que todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei e que ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual.



ANÁLISE DAS RESPOSTAS AOS QUESTIONÁRIOS

Em relação ao nível de literacia sobre o direito de acesso aos cuidados de saúde, constata-se que 69,9% dos utentes inquiridos apresentaram um conhecimento “inadequado” ou “problemático”. Por outro lado, 28,4% dos utentes inquiridos exibiram um nível de literacia “suficiente” e somente 1,7% obteve um nível “excelente” sobre o direito de acesso aos prestadores de cuidados de saúde públicos, que se encontra consagrado na Constituição da República Portuguesa (cfr. gráfico 16). Em relação aos

profissionais, verificou-se um nível de literacia superior nos profissionais de saúde em comparação com os administrativos. Ainda assim, 51,9% dos profissionais administrativos e 39,3% dos profissionais de saúde revelaram um conhecimento inadequado ou problemático sobre o direito de acesso aos prestadores de cuidados de saúde públicos (cfr. gráfico 17).

NÍVEL DE LITERACIA SOBRE DIREITO DE ACESSO

Gráfico 16
Utentes

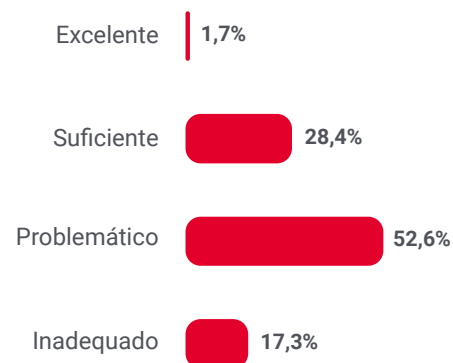
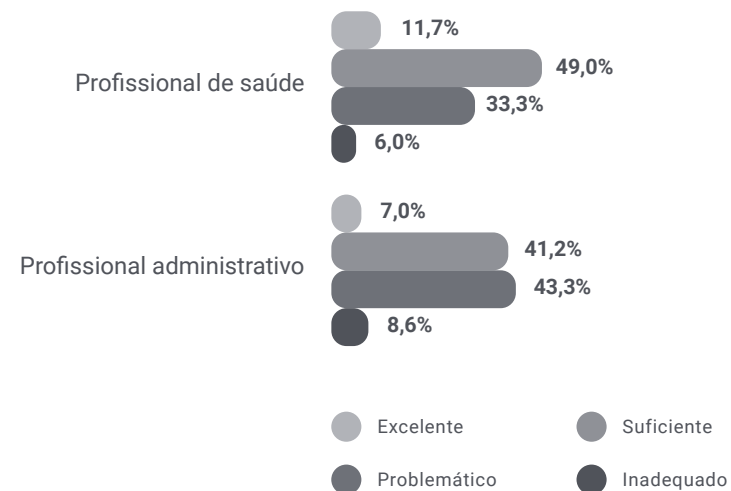


Gráfico 17
Profissionais





No contexto das regras de acesso a cuidados de saúde no SNS, questionou-se se “O utente pode escolher qualquer centro de saúde do SNS em situação não urgente?”. A análise do gráfico *infra*, revela um nível médio de conhecimento reduzido entre os utentes, com 23,8% dos utentes a responderem corretamente, que o utente pode escolher qualquer centro de saúde do SNS, desde que condicionado aos recursos e às regras existentes (cfr. gráfico 18). Comparando com os resultados de 2017, observa-se uma diminuição de 3,9 p.p. no nível de conhecimento sobre este tema.

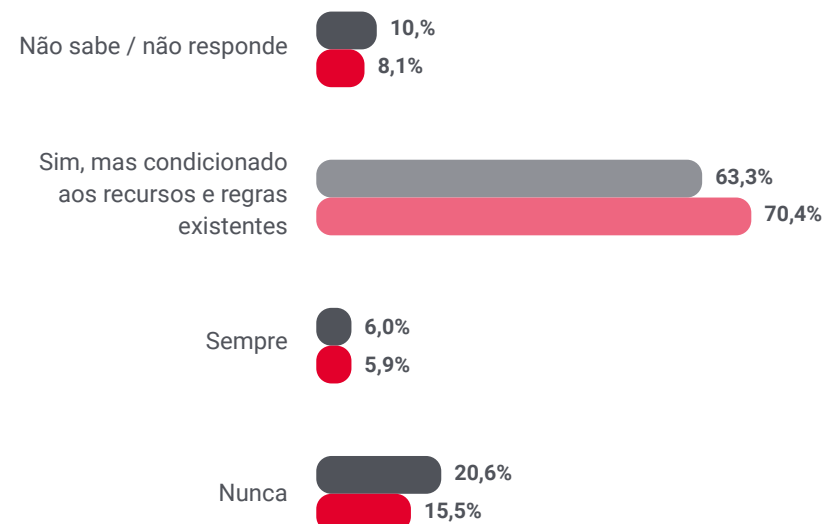
Da análise dos resultados dos profissionais, verifica-se um maior conhecimento em comparação com os utentes. Em concreto, 70,4% dos profissionais de saúde responderam corretamente à questão (cfr. gráfico 19). Nos profissionais administrativos, essa proporção foi menor, de 63,3%, indicando um menor conhecimento quanto a este tema - diferencial de 7,1 p.p. em relação aos profissionais de saúde. A comparação destes resultados com os de 2017, evidencia uma evolução positiva no conhecimento (55,9% e 50,5% de respostas corretas para os profissionais de saúde e administrativos, respetivamente, em 2017), com destaque para os profissionais de saúde.

“O utente pode escolher qualquer centro de saúde do SNS em situação não urgente?”

Gráfico 18
Utentes



Gráfico 19
Profissionais





Por outro lado, questionou-se se “Quando um utente é triado no serviço de urgência de um hospital público, ultrapassado o tempo para ser atendido de acordo com a cor da pulseira atribuída, deve ser sujeito a nova triagem?”. Os resultados evidenciam um conhecimento inadequado sobre este tema, tanto entre os utentes como entre os profissionais. Concretamente, 35,1% dos utentes inquiridos responderam corretamente, que o utente deve ser sujeito a uma nova triagem.

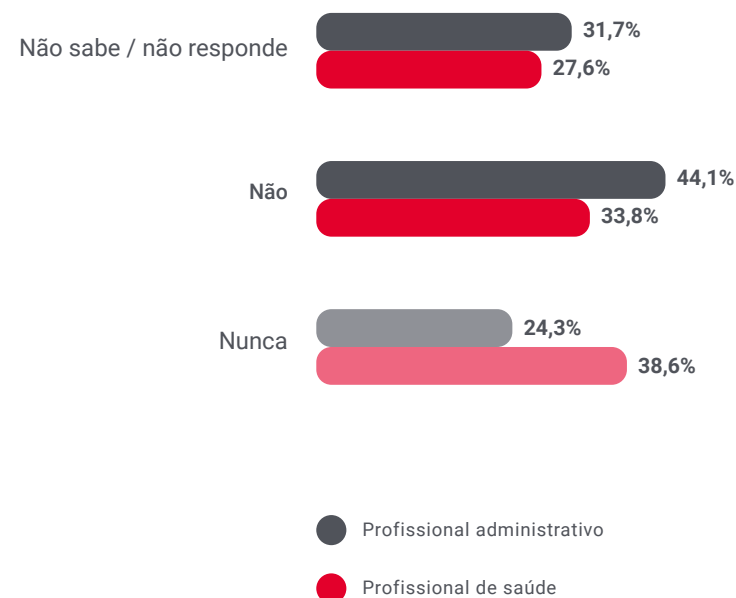
Por outro lado, observou-se um conhecimento ligeiramente superior entre os profissionais inquiridos, embora ainda limitado (cfr. gráfico 21). Concretamente, 38,6% dos profissionais de saúde responderam corretamente à questão, enquanto nos profissionais administrativos essa proporção foi de 24,3%, evidenciando uma diferença de 14,3 p.p..

“Quando um utente é triado no serviço de urgência de um hospital público, ultrapassado o tempo para ser atendido de acordo com a cor da pulseira atribuída, deve ser sujeito a nova triagem?”

Gráfico 20
Utentes



Gráfico 21
Profissionais





Quanto à questão “O utente pode ser transferido, por iniciativa própria, de um hospital privado ou de um social, para um hospital público?”, verificou-se que 45,3% dos utentes inquiridos responderam corretamente - “sim” (cfr. gráfico 22). Apesar dos resultados atuais não serem diretamente comparáveis com os de 2017, devido à introdução de uma nova opção de resposta na versão mais recente do questionário — “apenas quando a condição clínica o justifique” —, observa-se uma diminuição no conhecimento sobre este tema, com uma redução de 18,9 p.p., na percentagem de utentes que responderam corretamente face aos resultados obtidos em 2017.

Em relação aos profissionais, verificou-se um nível de conhecimento superior ao dos utentes, embora ainda com uma diferença considerável entre os grupos. Entre os profissionais de saúde, 50,3% responderam corretamente “sim”, enquanto entre os profissionais administrativos essa percentagem foi de 37,0%, evidenciando um menor nível de conhecimento sobre o tema (cfr. gráfico 23). Assim como observado na análise dos utentes, os atuais resultados não são diretamente comparáveis com os de 2017 devido à inclusão da nova opção de resposta, mas ainda assim, constata-se uma diminuição do conhecimento em ambos os grupos profissionais, - em 2017, foi obtida uma percentagem de respostas corretas de 73,6% para os profissionais de saúde e de 61,7% para os profissionais administrativos.

“O utente internado num hospital privado pode ser transferido, por iniciativa própria, para um hospital público?”

Gráfico 22
Utentes

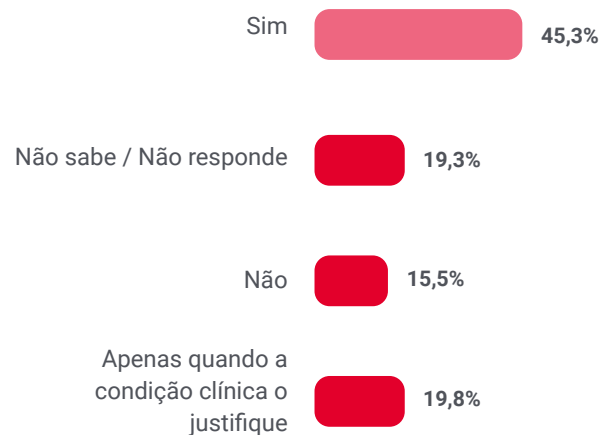
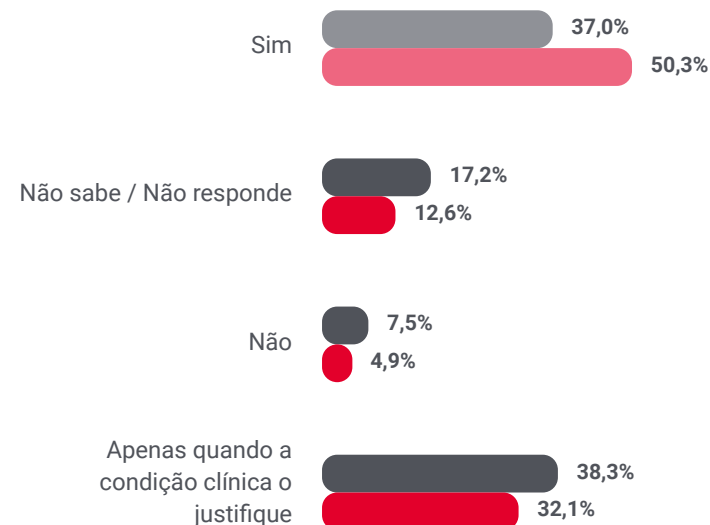


Gráfico 23
Profissionais



● Profissional administrativo ● Profissional de saúde



À questão “Quando o utente pede a marcação de uma consulta num centro de saúde, por motivo não relacionado com doença aguda, há um tempo máximo para esta ser realizada?”, 50,9% dos utentes inquiridos responderam corretamente (“sim”) (cfr. gráfico 24). Entre os profissionais, os resultados revelaram um nível de conhecimento inferior. De acordo com o gráfico 25, 41,8% dos profissionais de saúde e 37,5% dos profissionais administrativos responderam corretamente, evidenciando uma menor perceção deste direito entre os próprios profissionais do setor.

“Quando o utente pede a marcação de uma consulta num centro de saúde, por motivo não relacionado com doença aguda, há um tempo máximo para esta ser realizada?”

Gráfico 24
Utentes

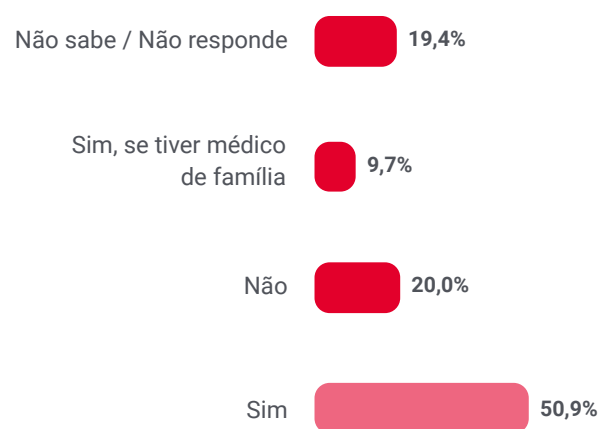
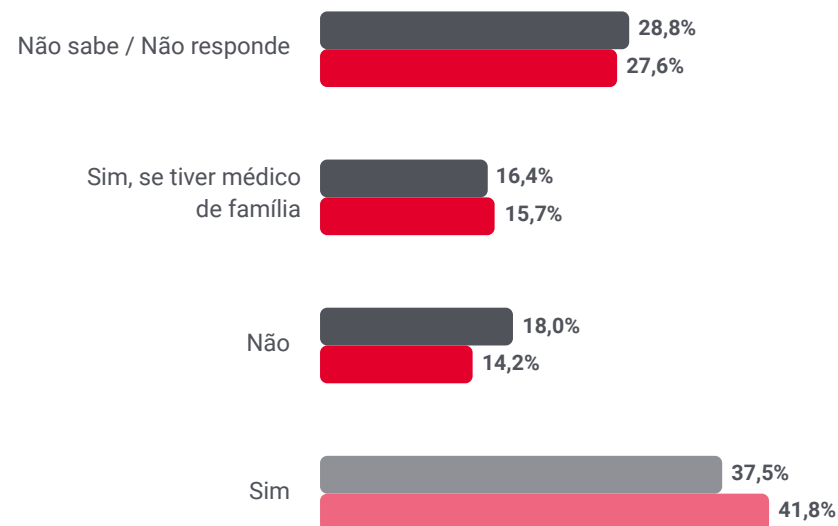


Gráfico 25
Profissionais





Na questão “No caso de o utente apresentar sintomas de doença aguda (febre, vômitos, descompensação de doença crónica) e se dirigir ao centro de saúde tem de ser atendido?”, 70,8% dos utentes inquiridos selecionaram a resposta correta (“sim, no próprio dia”). Apesar das diferenças nas formulações das opções de resposta, a comparação com os resultados do estudo de 2017 revela uma diminuição de 8,8 p.p. no nível de conhecimento sobre as regras relacionadas ao atendimento imediato em casos de doença aguda nos centros de saúde.

No caso dos profissionais, os resultados refletem a mesma tendência. Como se observa na tabela 12, 53,8% dos profissionais de saúde e 51,8% dos profissionais administrativos responderam corretamente à questão. A comparação destes resultados com os obtidos no estudo de 2017 revela também uma diminuição do nível de conhecimento sobre este direito, tanto entre os profissionais de saúde como entre os administrativos.

Tabela 12
“No caso de o utente apresentar sintomas de doença aguda (febre, vômitos, descompensação de doença crónica) e se dirigir ao centro de saúde tem de ser atendido?”

No caso de o utente apresentar sintomas de doença aguda (febre, vômitos, descompensação de doença crónica) e se dirigir ao centro de saúde tem de ser atendido?

	Utentes	Profissional de saúde	Profissional administrativo
Sim, no próprio dia	70,8%	53,8%	51,8%
Não	7,7%	2,0%	2,0%
Sim, mas não existe um tempo máximo	2,9%	11,4%	12,4%
Só se houver vagas	3,2%	20,1%	18,3%
Só se tiver médico de família	6,7%	1,0%	1,7%
Não sabe/não responde	8,7%	11,6%	13,8%



Em relação à questão “Existe um tempo máximo para a realização de consultas de especialidade e cirurgias no SNS?”, os utentes inquiridos exibiram um conhecimento limitado, com 33,0% selecionando a resposta correta (“Sim. Para ambas, dependendo da gravidade da situação”). A análise comparativa entre 2024 e 2017 aponta para um ligeiro aumento no nível de conhecimento dos utentes sobre este tema. No entanto, realça-se a impossibilidade de uma comparação direta devido às variações na formulação da pergunta e nas opções de resposta entre os dois questionários.

Os resultados relativos aos profissionais de saúde, revelam um nível de conhecimento superior ao dos utentes, mas ainda com lacunas significativas. Os profissionais de saúde demonstraram um conhecimento mais elevado sobre o tema em comparação com os administrativos, com uma diferença de 5,8 p.p., na seleção da resposta correta. No entanto, a maioria dos inquiridos não respondeu corretamente, com 69,3% dos profissionais administrativos e 63,5% dos profissionais de saúde a escolherem uma resposta incorreta ou a optarem por não responder. A comparação dos resultados de 2024 com os de 2017 indica uma diminuição do nível de conhecimento em ambos os grupos, tendência que se acentuou entre os profissionais administrativos.

“Existe um tempo máximo para a realização de consultas de especialidade e cirurgias no SNS?”

Gráfico 26
Utentes

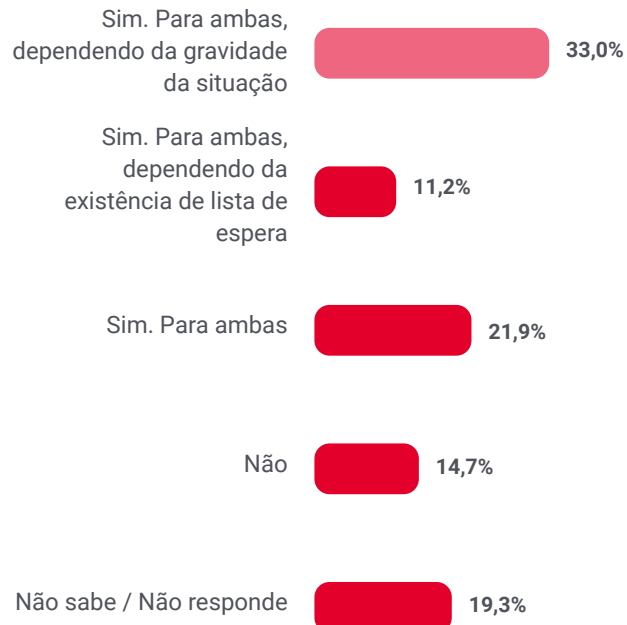
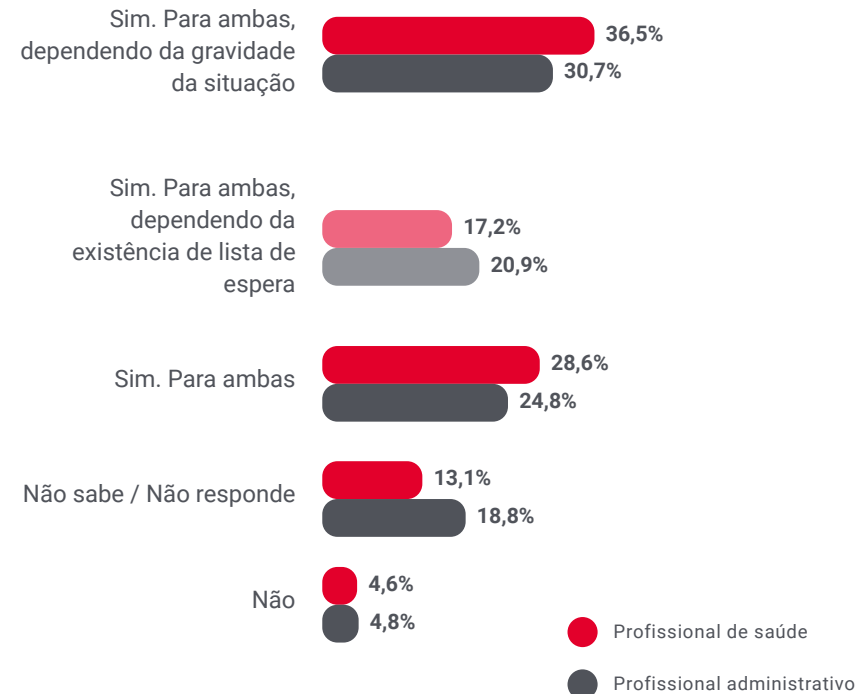


Gráfico 27
Profissionais





Na questão “O utente tem o direito de saber qual a sua posição na lista de espera no SNS (para consultas, cirurgia)?”, verificou-se que 86,5% dos utentes inquiridos selecionaram a resposta correta (“sim”) (cfr. gráfico 28). Em comparação com os resultados de 2017, observou-se um aumento de 1 p.p. na percentagem de utentes a responder corretamente a esta questão. Este resultado indica que o direito dos utentes de conhecerem a sua posição na lista de espera no SNS é amplamente reconhecido, com percentagens de respostas consistentes ao longo do tempo.

Os resultados são igualmente elevados entre os profissionais, com 84,5% dos profissionais de saúde e 81,4% dos profissionais administrativos a selecionarem a resposta correta (cfr. gráfico 29). O direito dos utentes de saberem sua posição na lista de espera no SNS é globalmente conhecido por ambos os grupos de profissionais, com percentagens de respostas muito semelhantes às obtidas em 2017.

“O utente tem o direito de saber qual a sua posição na lista de espera no SNS (para consultas, cirurgia)?”

Gráfico 28
Utentes

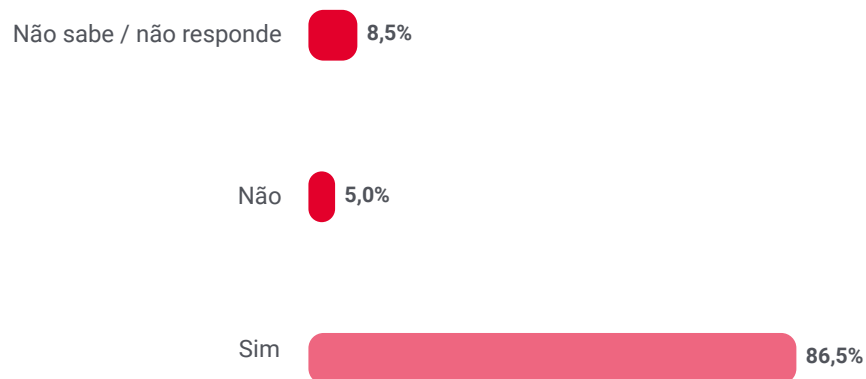
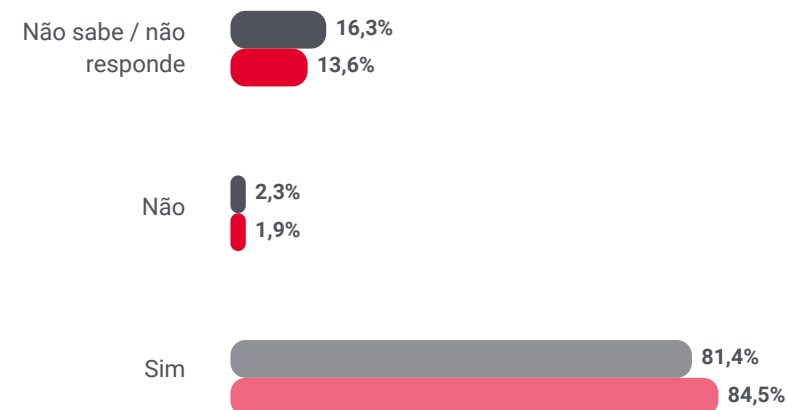


Gráfico 29
Profissionais





Relativamente à questão “Para que serve o vale cirurgia?” nenhum dos utentes inquiridos respondeu corretamente, o que evidencia uma lacuna significativa no entendimento sobre a função e aplicação do vale cirurgia. Note-se que para responder corretamente, seria necessário selecionar simultaneamente as opções “documento para realizar uma

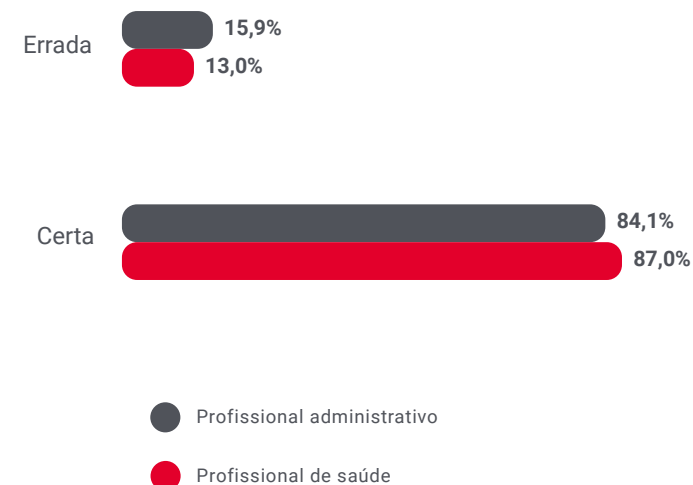
cirurgia num hospital privado ou social” e “documento para realizar uma cirurgia num hospital público com disponibilidade para receber utentes por transferência”. No caso dos profissionais, os resultados demonstraram um elevado nível de conhecimento sobre o tema, com mais de 80,0% dos profissionais a responderem acertadamente a esta questão.

“Para que serve o vale cirurgia?”

Tabela 13
Utentes

Para que serve o vale cirurgia? [multiresposta]	Utentes
Documento para poder realizar um exame numa unidade privada	14,5%
Documento para ser transferido para uma unidade privada	9,6%
Documento para poder realizar uma cirurgia num hospital privado ou social convencionados	43,9%
Não sabe/não responde	24,6%
Documento para poder realizar uma cirurgia num hospital público com disponibilidade para receber utentes por transferência	30,8%

Gráfico 30
Profissionais





No âmbito do acesso aos cuidados de saúde para um cidadão estrangeiro, foi questionado o seguinte: “Se um cidadão estrangeiro não possuir uma autorização de permanência ou residência ou estiver em situação irregular, tem direito de acesso a cuidados de saúde no SNS?”, observa-se que 64,6% dos utentes inquiridos selecionaram a opção correta “sim” (cfr. gráfico 31). No entanto, entre os profissionais, a percentagem de respostas corretas foi inferior, com menos de metade a indicar a opção correta – concretamente, 47,2% dos profissionais de saúde e 42,6% dos profissionais administrativos responderam corretamente à questão colocada (cfr. gráfico 32).

“Se um cidadão estrangeiro não possuir uma autorização de permanência ou residência ou estiver em situação irregular, tem direito de acesso a cuidados de saúde no SNS?”

Gráfico 31
Utentes

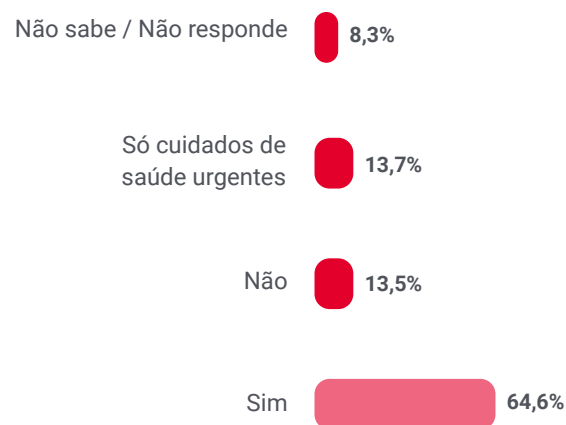
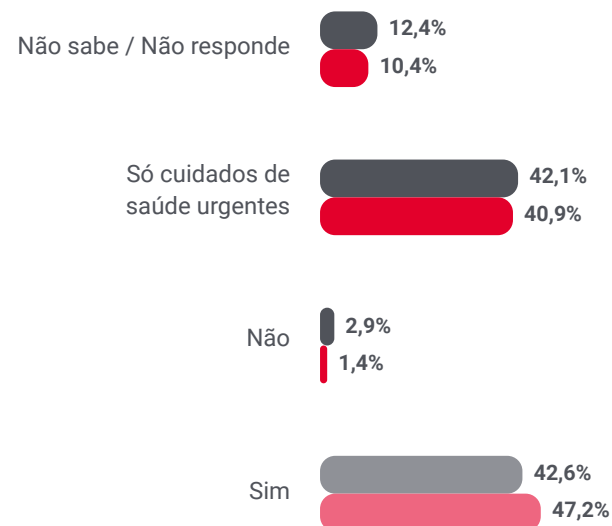


Gráfico 32
Profissionais





Em relação ao transporte dos utentes, questionou-se *"Em que condições é que o transporte não urgente está isento de encargos para o utente?"*, com as seguintes opções de resposta: quando o utente tem insuficiência económica e a sua situação clínica o justifique; em casos de necessidade justificada de prestação de cuidados de saúde de forma prolongada e continuada; quando o utente tem insuficiência económica; nenhuma das anteriores; ou não sabe/não responde. Os resultados evidenciam um significativo desconhecimento sobre este tema, tanto

entre os utentes como entre os profissionais. Concretamente, 15,5% dos utentes inquiridos selecionaram corretamente as opções: *"quando o utente tem insuficiência económica e a sua situação clínica o justifique"* e *"em casos de necessidade justificada de prestação de cuidados de saúde de forma prolongada e continuada"*. Entre os profissionais, o nível de conhecimento foi ainda mais reduzido, com 12,6% dos profissionais administrativos e 11,7% dos profissionais de saúde a identificarem corretamente as condições de isenção.

"Em que condições é que o transporte não urgente está isento de encargos para o utente?"

Gráfico 33
Utentes

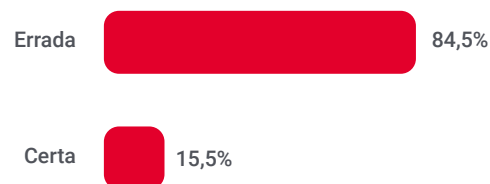
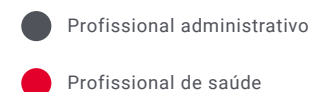
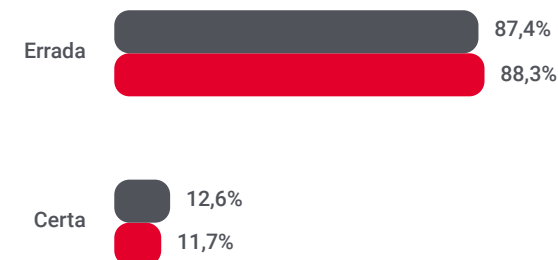


Gráfico 34
Profissionais





Quanto ao acesso a cuidados de saúde no estrangeiro, questionou-se “Que tipos de cuidados de saúde estão abrangidos pelos regimes de acesso a cuidados de saúde programados noutra Estado Membro da União Europeia?”, e foram disponibilizadas as seguintes opções de resposta: cuidados de saúde prestados de nível primário/hospitalar; cuidados de saúde continuados, plano Nacional de Vacinação; dispensa e fornecimento de medicamentos e dispositivos médicos; ou não sabe/não responde. Constata-se novamente um nível de conhecimento baixo

em relação a este tema, tanto entre os utentes como entre os dois grupos de profissionais. Em concreto, 16,1% dos utentes inquiridos a responderem acertadamente através da escolha das opções “cuidados de saúde prestados de nível primário/hospitalar” e “dispensa e fornecimento de medicamentos e dispositivos médicos” (cfr. gráfico 35). No caso dos profissionais, a percentagem de respostas corretas foi ainda mais reduzida, com 9,3% dos profissionais de saúde e 6,0% dos administrativos a selecionarem as respostas adequadas (cfr. gráfico 36).”

“Que tipos de cuidados de saúde estão abrangidos pelos regimes de acesso a cuidados de saúde programados noutra Estado Membro da União Europeia?”

Gráfico 35
Utentes

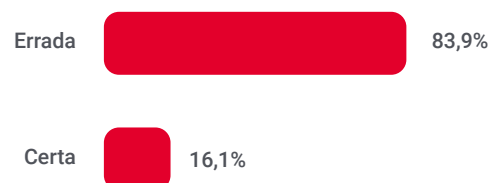
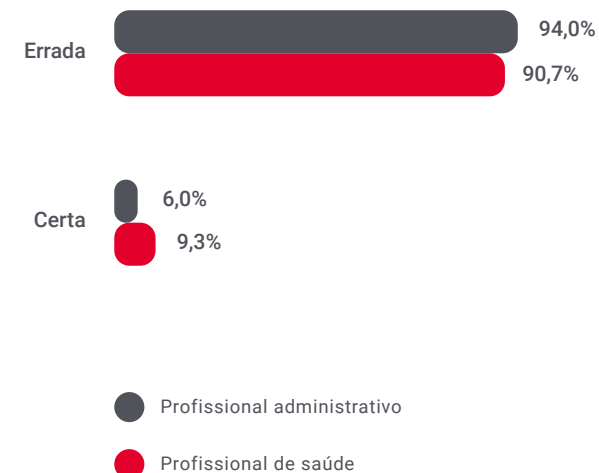


Gráfico 36
Profissionais





Quanto ao acesso a cuidados de saúde do SNS em prestadores não públicos, foi realizada a seguinte questão: “Se recorrer a um prestador do setor privado ou social, os cuidados de saúde são pagos pelo Estado?”. Dos utentes inquiridos, 34,3% indicaram a resposta correta “Sim, com credencial (P1) do centro de saúde e se o prestador tiver acordo com o SNS” (cfr. gráfico 37). Ao comparar com os resultados de 2017, verificou-se uma diminuição de 15,7 p.p. na proporção de respostas corretas, uma vez que 50,0% dos utentes tinham respondido corretamente à questão equivalente nesse ano. Por sua vez, no grupo dos profissionais, os níveis

de conhecimento revelaram-se significativamente superiores, com 77,3% dos profissionais de saúde e 74,6% dos profissionais administrativos indicaram a resposta correta (cfr. gráfico 38). Comparando estes resultados com os de 2017, observou-se uma ligeira diminuição na proporção de respostas corretas (mais de 80,0% dos profissionais de saúde e administrativos tinha respondido corretamente à questão equivalente), tendo os profissionais de saúde apresentado um nível de literacia ligeiramente superior, também em 2017.

“Se recorrer a um prestador do setor privado ou social, os cuidados de saúde são pagos pelo Estado?”

Gráfico 37
Utentes

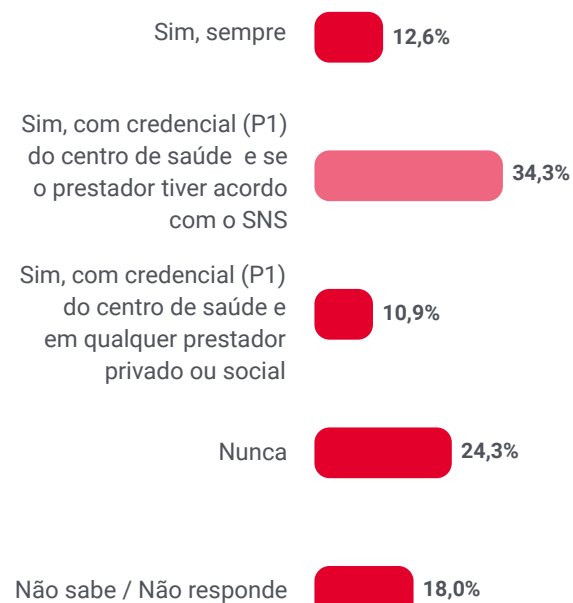
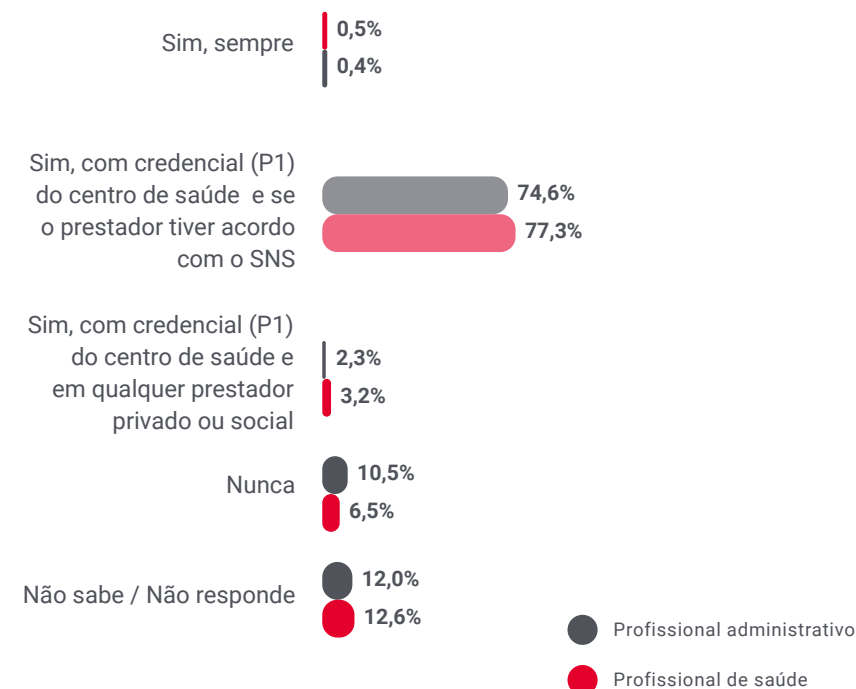


Gráfico 38
Profissionais





No contexto da igualdade no acesso aos cuidados de saúde, questionou-se se “O acesso a cuidados de saúde num hospital privado, pode ser recusado em função da nacionalidade do utente?”, com a opção correta (“não”) sendo selecionada por 63,9% dos utentes inquiridos (cfr. gráfico 39). Os resultados dos profissionais foram ligeiramente superiores comparativamente ao dos utentes, com 64,9% dos profissionais de saúde a identificar a resposta correta, evidenciando, no entanto, um menor nível de conhecimento sobre o tema quando comparados com os profissionais administrativos (cfr. gráfico 40) (diferença de 4,8 p.p.).

“O acesso a cuidados de saúde num hospital privado, pode ser recusado em função da nacionalidade do utente?”

Gráfico 39
Utentes

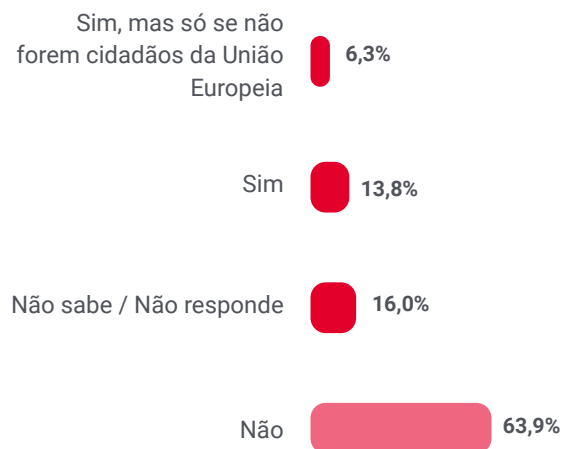
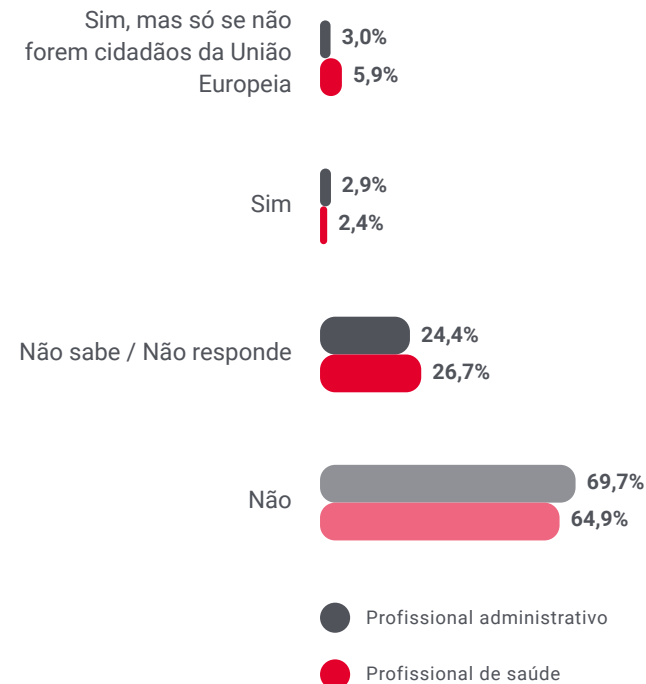


Gráfico 40
Profissionais





4.2.4 DIREITO A CUIDADOS DE SAÚDE DE QUALIDADE

O utente tem direito a aceder aos cuidados de saúde:

mais adequados
à sua situação;

tecnicamente
corretos;

de acordo com
as boas práticas
de qualidade e

segurança em
saúde;

com prontidão
ou num período
de tempo
considerado
cl clinicamente
aceitável;

prestados
humanamente
e com respeito
pelos princípios
da igualdade e
dignidade da
pessoa humana.

Para assegurar que ao utente são prestados cuidados de saúde de qualidade, os profissionais de saúde e os estabelecimentos onde são prestados cuidados de saúde devem respeitar:

Os requisitos legais, no que respeita à formação académica, habilitação, certificação e formação profissional para o exercício da atividade;

Os requisitos de qualidade referentes aos equipamentos utilizados na prestação de cuidados de saúde;

As regras legais de funcionamento dos estabelecimentos, em especial no que diz respeito à obrigação de registo público junto da ERS e à obtenção de licença e cumprimento de requisitos de funcionamento;

As normas, códigos de conduta e deontológicos, regras de serviço e protocolos de qualidade, emitidos pelas entidades com competências na área da saúde, nomeadamente o Ministério da Saúde, a Direção-Geral da Saúde (DGS), a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) ou as Ordens Profissionais.



Os utentes gozam do direito de exigir dos prestadores de cuidados de saúde o cumprimento dos requisitos de higiene, segurança e salvaguarda da saúde pública, bem como a observância das regras de qualidade e segurança definidas pelos códigos científicos e técnicos aplicáveis e pelas regras de boa prática médica, ou seja, pelas *leges artis*.

Ademais, os prestadores deverão utilizar os cuidados e tecnologias mais corretos e que melhor se adequem às necessidades concretas de cada utente.

Em todos os momentos da prestação de cuidados de saúde (seja no atendimento, diagnóstico ou prestação de cuidados), deve ainda ser respeitada a reserva da vida privada dos utentes, tendo os utentes o direito de ser tratados humanamente, com privacidade e respeito, o que decorre do princípio da dignidade da pessoa humana.

Os prestadores de cuidados de saúde devem, também, cumprir um conjunto de procedimentos que têm por objetivo prevenir e controlar a ocorrência de incidentes e eventos adversos, que possam afetar a qualidade dos cuidados prestados e os direitos e interesses legítimos dos utentes.



ANÁLISE DAS RESPOSTAS AOS QUESTIONÁRIOS

Em relação ao direito a cuidados de saúde de qualidade, foi realizada a seguinte questão: *“Para poder prestar cuidados de saúde, uma clínica privada tem de estar registada na Entidade Reguladora de Saúde?”*. A análise das respostas revelou que 56,4% dos utentes inquiridos responderam corretamente (“sim”) (cfr. gráfico 41). Adicionalmente, verificou-se também que mais de 80,0% da amostra dos profissionais respondeu corretamente, com um nível de conhecimento relativamente superior (em 7,8 p.p.) por parte dos profissionais de saúde (cfr. gráfico 42).

“Para poder prestar cuidados de saúde, uma clínica privada tem de estar registada na Entidade Reguladora de Saúde?”

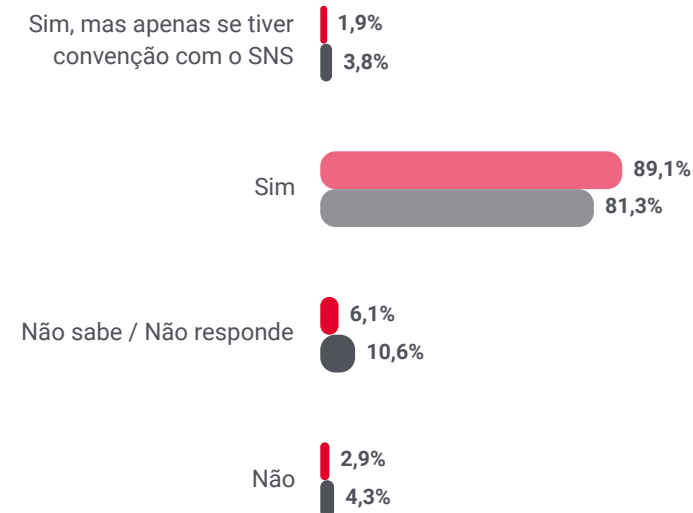
Gráfico 41

Utentes



Gráfico 42

Profissionais



● Profissional de saúde
● Profissional administrativo



4.2.5 DIREITO À DECISÃO NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

O utente tem o direito a decidir se consente ou se recusa a prestação de cuidados de saúde que lhe é proposta, o que constitui um reflexo da proteção da sua dignidade, autodeterminação e liberdade.

A decisão do utente sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, para ser juridicamente válida, deve ser livre, informada, esclarecida e consciente. Deste modo, o direito à decisão contempla dois vetores essenciais:

o direito à informação; e

o direito ao consentimento ou à recusa.

Para que o utente possa exercer o seu direito de decisão sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, necessita que lhe seja disponibilizada, e de forma a que o próprio compreenda, toda a informação necessária para decidir se aceita ou se recusa a prestação de cuidados de saúde. Se não for prestada previamente ao utente toda a informação necessária e obtido o seu consentimento, o profissional de saúde não poderá levar a cabo a prestação de cuidados, sob pena de violar a Lei e de ofender direitos fundamentais do utente.

Neste sentido, o utente terá de ser informado sobre todos os elementos essenciais para o efeito, nomeadamente sobre:

diagnóstico: o seu estado de saúde atual e provável evolução;

intervenção proposta: tratamentos a efetuar e meios a utilizar, riscos associados e efeitos secundários (frequentes, raros e graves);

eventuais tratamentos alternativos;

questões administrativas, logísticas e financeiras;

informações sobre os meios humanos e técnicos existentes e disponíveis no estabelecimento em causa para a prestação de cuidados de saúde necessários;

regras de acesso e de referenciação em vigor no SNS;

autorizações prévias a emitir por entidades terceiras;

taxas, preços ou orçamentos referentes à prestação de cuidados de saúde em causa;

natureza e regras da convenção que o prestador tenha celebrado com um qualquer subsistema de saúde, ou sobre as regras de um seguro de saúde aplicável;

informação sobre o direito de recusar ou revogar o consentimento a qualquer momento, incluindo informação sobre os eventuais riscos para a saúde, inerentes ao exercício destes direitos.



A informação deve ser prestada ao utente antes da execução do exame ou da intervenção terapêutica proposta, com antecedência suficiente, para que o utente não seja condicionado na sua resposta. Na medida em que a urgência dos cuidados de saúde assim o permita (e de acordo com a natureza dos mesmos), deve ser dada a possibilidade ao utente de ter algum tempo para poder refletir sobre o sentido da sua decisão, de preferência fora das instalações da unidade de saúde.

Neste contexto, quando acedem à prestação de cuidados de saúde, e para uma correta decisão relativa ao seu estado de saúde, os utentes têm direito a que lhes seja prestada informação verdadeira, completa, inteligível e transparente sobre todos os aspetos relacionados com tal prestação. Este direito deve ser assegurado em três momentos distintos:

antes da escolha do prestador: garantindo-se, nomeadamente pela via da informação, o exercício da liberdade de escolha das unidades de saúde;

durante a prestação do concreto cuidado de saúde: para efeitos de consentimento informado e esclarecido;

depois de cessada a relação com o prestador: nomeadamente sempre que tal se mostre necessário para o exercício dos seus direitos ou interesses legítimos.

Neste âmbito, o utente tem direito a que a informação seja prestada com verdade e com antecedência, de forma clara e adaptada à sua capacidade de compreensão e contendo todos os factos necessários à tomada de decisão.

A Lei prevê limites ao dever de informar em duas situações:

privégio terapêutico: a informação não deve ser transmitida ao utente sempre que possa vir a causar grave prejuízo à sua saúde, o que deverá ser avaliado pelo profissional de saúde;

direito a não saber: a informação também não deverá ser transmitida nos casos em que o utente manifeste, de forma inequívoca, que não pretende receber qualquer informação a este respeito, salvo se essa recusa causar perigo grave para a saúde do próprio ou de terceiros.

A obrigação de prestar a informação relevante para que o utente decida e emita a necessária decisão compete, regra geral, ao profissional de saúde que propõe os cuidados de saúde. Caso o profissional de saúde que proponha e prescreva determinado cuidado não tenha a necessária experiência, conhecimentos ou competências técnicas para poder, conscientemente, prestar toda a informação relevante ao utente e, assim, o conhecimento mais específico esteja na posse de outro profissional de saúde que irá executar o exame, tratamento ou intervenção proposto, a obrigação de informar o utente caberá a ambos os profissionais, na medida dos seus conhecimentos técnicos.

No que respeita às informações administrativas e financeiras (nomeadamente sobre taxas, preços, orçamentos, transportes, horários, documentos administrativos necessários, entre outras), que também terão de ser prestadas previamente ao utente para conformar e fundamentar a sua decisão, deverá o estabelecimento onde os cuidados de saúde serão prestados possuir os competentes procedimentos internos e definir o responsável pelo cumprimento dessa obrigação legal.



A informação prévia para a obtenção de consentimento para cuidados de saúde deve ser prestada ao utente ou a quem estiver habilitado específica e expressamente para o efeito, seja por via de autorização concedida pelo utente (procurador de cuidados de saúde), seja por via da lei (quem exerce as responsabilidades parentais, no caso de utentes menores), ou por via de decisão judicial (acompanhantes, no caso de utentes maiores acompanhados).

Deve, ainda, ser garantido ao utente o direito a obter, em casos justificáveis, uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde. O direito a uma segunda opinião visa garantir aos utentes a possibilidade de complementar a informação sobre o seu estado de saúde, através de parecer de outro profissional de saúde. Deste modo, os serviços de saúde devem assegurar, em tempo útil, o direito de acesso a toda a informação necessária à obtenção de uma segunda opinião por parte do utente.

Para efeitos de transmissão e compreensão da informação, o profissional de saúde deve ter em consideração o utente a quem vai propor os cuidados de saúde, a sua personalidade, as suas características e opções pessoais, sejam elas filosóficas ou religiosas, a sua maturidade, grau de instrução, conhecimentos sobre a sua condição clínica e estado de saúde, profissão e estado físico, clínico e mental.

Existem situações em que não é possível transmitir a informação necessária, nem o utente reúne as condições mínimas (físicas, mentais ou legais) que lhe permitam receber a informação e, em função desta, tomar uma decisão livre e esclarecida.

No caso da incapacidade do utente ser temporária e os cuidados de saúde não serem urgentes, sendo possível os mesmos serem adiados sem qualquer prejuízo para a saúde daquele, deverá aguardar-se pelo momento em que o utente reúna as condições necessárias para receber a informação e manifestar a sua decisão quanto ao processo que lhe é proposto.

Mas há situações em que o adiamento da prestação de cuidados de saúde pode constituir perigo para a saúde ou para a vida do utente. Podem ocorrer situações em que não é possível transmitir a informação necessária ao utente, nem obter deste qualquer decisão quanto aos cuidados de saúde que o profissional de saúde entende necessários e urgentes, face à avaliação clínica efetuada. Nestes casos urgentes, pode-se proceder à intervenção médica indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa, desde que não se verifiquem circunstâncias que permitam concluir, com segurança, que o consentimento seria recusado caso o utente estivesse em condições de receber informação e emitir a sua decisão.

Quando o utente é menor de idade, ou seja, tenha idade inferior a 18 anos, o consentimento para cuidados de saúde deve ser prestado por quem exerça as responsabilidades parentais.

Contudo, o menor deve ser sempre ouvido e informado em qualquer situação, consoante o seu grau de maturidade e capacidade de discernimento, e deve ser obtida a sua adesão à decisão, admitindo-se a sua capacidade para atos de assistência médica de pequena importância e que estejam ao alcance da sua capacidade natural.

Quando os pais ou representantes legais recusam a prestação de cuidados de saúde ao menor, colocando em perigo a sua vida ou a sua saúde, deve o profissional de saúde comunicar a situação ao Ministério Público para que esta entidade inicie o competente processo judicial para suspender, temporariamente, o exercício das responsabilidades parentais.

Quando um maior esteja impossibilitado, por razões de saúde, deficiência, ou pelo seu comportamento, de exercer, plena, pessoal e conscientemente, os seus direitos, poderá ser-lhe decretada, pelo tribunal competente, uma medida de acompanhamento.



Assim, quando o utente em causa estiver nestas condições, a decisão para efeitos de prestação de cuidados de saúde terá de ser tomada em conformidade com o âmbito da decisão judicial proferida sobre o regime de acompanhamento.

No geral, o consentimento e a recusa não estão sujeitos a qualquer requisito formal: a regra é a da liberdade de forma.

No entanto, relativamente a algumas situações específicas, exige-se que a informação e/ou o consentimento e a recusa sejam prestados por escrito, a saber – por exemplo:

interrupção voluntária da gravidez;

técnicas invasivas em grávidas;

esterilização voluntária;

colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana;

testes genéticos;

doação e administração de sangue;

colheita e transplante de órgãos de dador vivo;

entre outros.

Todo o processo de informação e obtenção de consentimento ou recusa deve ficar registado e devidamente fundamentado no processo clínico do utente.



ANÁLISE DAS RESPOSTAS AOS QUESTIONÁRIOS

Em relação à literacia no âmbito do direito à decisão – considerando o resultado conjunto das dez questões desta categoria, que se apresentam individualmente de seguida, - verificou-se que 84,1% dos utentes inquiridos revelaram um conhecimento “suficiente” ou “problemático” (cfr. gráfico 43). Relativamente aos profissionais, os resultados indicam

um nível de conhecimento mais elevado entre os profissionais de saúde em comparação com os administrativos. Em concreto, 88,7% dos profissionais de saúde e 77,9% dos administrativos demonstraram um conhecimento “suficiente” ou “excelente” sobre este direito (cfr. gráfico 44).

NÍVEL DE LITERACIA SOBRE DIREITO À DECISÃO

Gráfico 43
Utentes

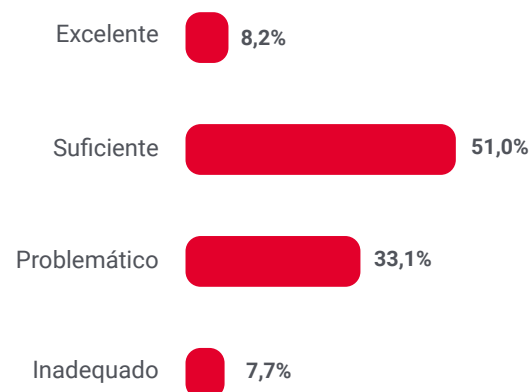
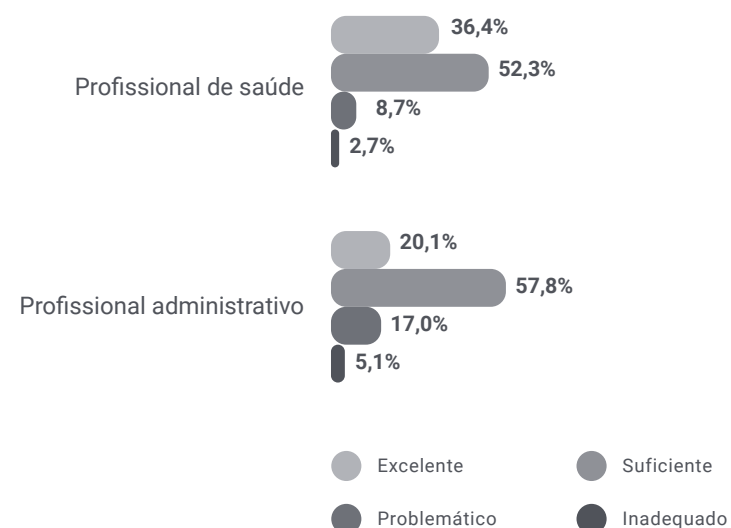


Gráfico 44
Profissionais





Em resposta à questão “O consentimento informado é sempre necessário para qualquer cuidado de saúde?”, 74,8% dos utentes inquiridos responderam corretamente (“sim”) (cfr. gráfico 45). Estes resultados representam um progresso significativo no nível de conhecimento sobre este tema, face ao estudo de 2017, no âmbito do qual 40,9% dos utentes inquiridos tinham respondido corretamente a uma questão equivalente.

Nos grupos profissionais, verificou-se um nível de conhecimento inferior ao dos utentes, com 57,0% dos profissionais de saúde e 46,2% dos profissionais administrativos a responderem corretamente (diferença de 10,8 p.p. entre os dois grupos) (cfr. gráfico 46). Estes resultados também representam um progresso significativo no nível de conhecimento sobre este tema, face ao estudo de 2017, no âmbito do qual 39,5% dos profissionais de saúde e 26,6% dos profissionais administrativos tinham respondido corretamente a uma questão equivalente.

“O consentimento informado é sempre necessário para qualquer cuidado de saúde?”

Gráfico 45
Utentes

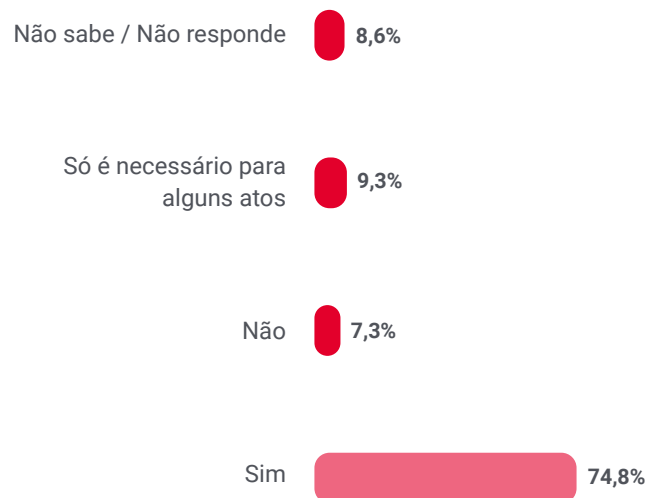
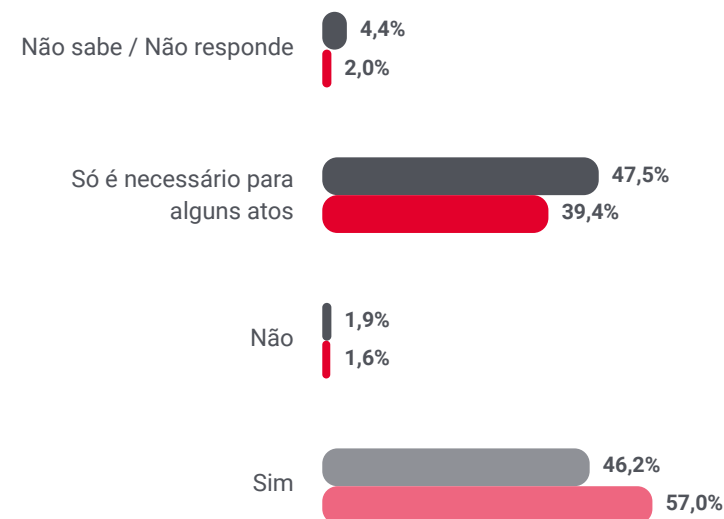


Gráfico 46
Profissionais



● Profissional administrativo
● Profissional de saúde



Por outro lado, quanto à necessidade do *consentimento informado* *ter sempre de ser dado por escrito*, 16,9% dos utentes inquiridos responderam acertadamente à questão (“*não*”) (cfr. gráfico 47). Em relação a 2017, evidencia-se uma diminuição do nível de conhecimento de 3,1 p.p.. No caso dos profissionais inquiridos, 29,8% dos profissionais de saúde e 12,6% dos profissionais administrativos responderam acertadamente à questão (cfr. gráfico 48). Em relação a 2017, evidencia-se um aumento

do nível de conhecimento de 1,6 p.p. para os profissionais de saúde e de 1,7 p.p. para os profissionais administrativos. Embora se tenha registado uma melhoria no conhecimento deste tema, os resultados continuam a evidenciar uma significativa margem de melhoria quanto ao conhecimento sobre esta questão, particularmente entre os profissionais administrativos.

“O consentimento informado tem sempre de ser dado por escrito?”

Gráfico 47
Utentes

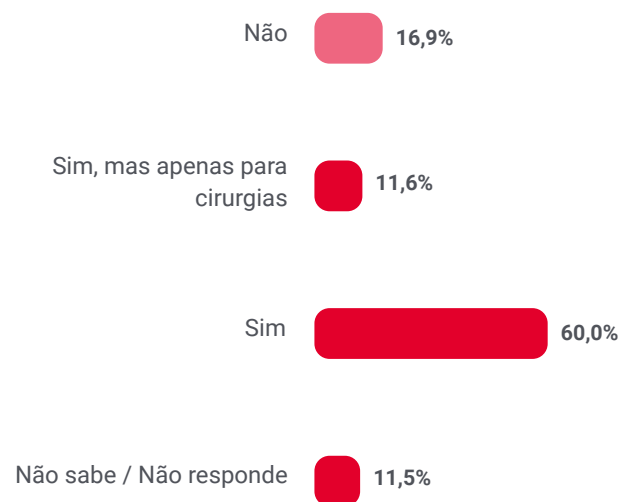
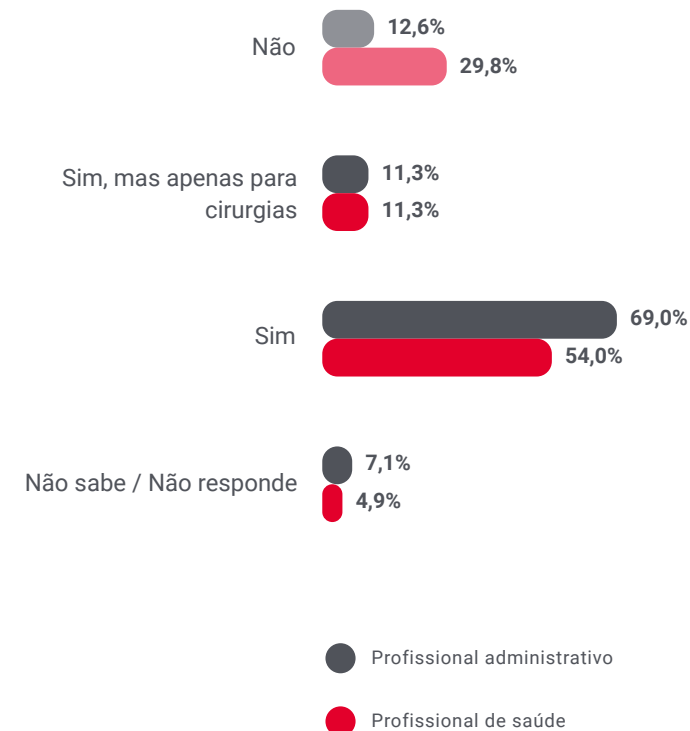


Gráfico 48
Profissionais





Ainda no contexto do consentimento informado, foi também colocada a questão: “*Em que situações pode um terceiro prestar o consentimento pelo utente?*”. As opções de resposta incluíam: em todas as situações; só para alguns atos e tipo de doenças; só se o utente for menor e o terceiro estiver a exercer as responsabilidades parentais; só se tiver sido designado pelo Tribunal como acompanhante do utente adulto e tiver essa competência definida na decisão judicial; se for procurador para cuidados de saúde; em nenhuma situação; ou não sabe/não responde. Os resultados evidenciam um baixo nível de conhecimento sobre este tema. Em relação aos utentes,

12,7% selecionaram corretamente as opções “só se o utente for menor e o terceiro estiver a exercer as responsabilidades parentais”, “só se tiver sido designado pelo Tribunal como acompanhante do utente adulto e tiver essa competência definida na decisão judicial” e “se for procurador para cuidados de saúde” (cfr. gráfico 49). No grupo dos profissionais, os administrativos demonstraram um menor grau de conhecimento, com 28,6% a identificarem corretamente as respostas corretas (cfr. gráfico 50). Entre os profissionais de saúde, o nível de conhecimento revelado foi ligeiramente superior, com 34,0%, ainda que igualmente baixo.

“Em que situações pode um terceiro prestar o consentimento pelo utente?”

Gráfico 49
Utentes

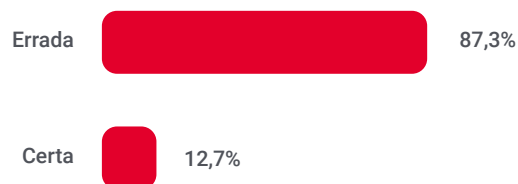
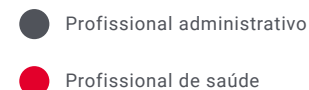
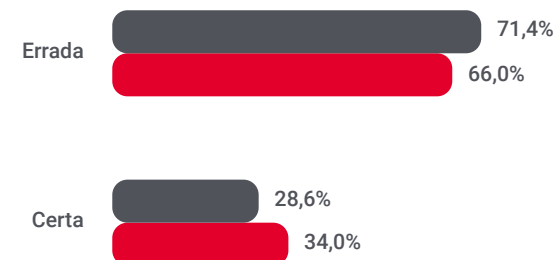


Gráfico 50
Profissionais





À questão sobre a possibilidade de o utente recusar um cuidado proposto pelo médico, 67,2% dos utentes inquiridos responderam corretamente que o utente pode recusar a realização de uma cirurgia, mesmo que isso o prejudique (cfr. tabela 14). Embora mais de metade dos utentes tenha demonstrado conhecimento sobre o direito de recusa, os dados também revelam que uma parcela significativa, correspondente a quase um terço, desconhece ou tem entendimento limitado sobre

a autonomia do utente em decisões relacionadas à sua saúde. Entre os profissionais, verificou-se um nível de conhecimento mais elevado, com 91,5% dos profissionais de saúde e 86,2% dos administrativos a identificarem corretamente este direito. Estes resultados destacam uma sólida compreensão, especialmente nos profissionais de saúde, sobre a autonomia do utente nas decisões relacionadas com a sua saúde.

Tabela 14
"Quando um médico propõe uma cirurgia para resolver um problema grave de saúde, o utente..."

Quando um médico propõe uma cirurgia para resolver um problema grave de saúde, o utente...

	Utentes	Profissional de saúde	Profissional administrativo
Pode recusar, mesmo que isso o prejudique	67,2%	91,5%	86,2%
Não pode recusar	9,4%	0,1%	0,3%
Só pode recusar com fundamento válido	9,5%	1,9%	3,5%
Só pode recusar se pedir nova avaliação médica e esta não confirmar a proposta inicial	8,2%	2,4%	2,9%
Não sabe/não responde	5,6%	4,1%	7,1%



Relativamente à possibilidade de o utente requerer uma segunda opinião médica, 89,5% dos utentes inquiridos identificaram corretamente essa possibilidade (cfr. gráfico 51). Em comparação com os resultados de 2017, verificou-se um aumento significativo de 16,5 p.p., já que, naquele ano, 73,0% dos utentes demonstraram conhecimento deste direito. É relevante destacar que, em 2024, houve uma alteração na formulação da resposta, passando de “sempre” para “sim”.

O conhecimento sobre este direito foi mais elevado entre os profissionais, com mais de 90% a responder corretamente (cfr. gráfico 52). Comparando com os resultados de 2017, observou-se um progresso no conhecimento de ambos os grupos de profissionais (86,0% dos profissionais de saúde e 83,4% dos profissionais administrativos tinham demonstrado conhecer este direito, em 2017).

“O utente tem direito a pedir uma segunda opinião médica?”

Gráfico 51

Utentes

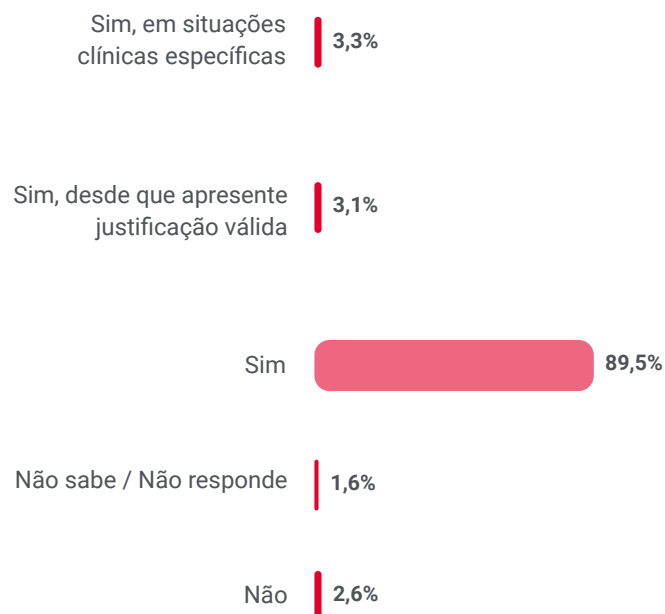
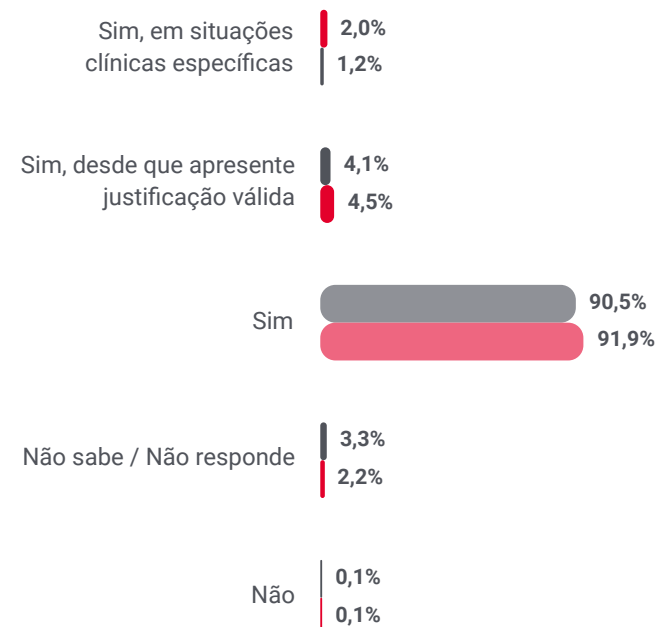


Gráfico 52

Profissionais





Em relação à questão “Se um utente estiver internado num hospital privado, deve ser avisado quando o plafond do seu seguro acabar?” (cfr. gráfico 53), 83,4% dos utentes inquiridos seleccionaram a resposta correta (“sim”). Em comparação com os resultados de 2017, observou-se uma diminuição de 8,4 p.p. no nível de conhecimento dos utentes sobre este tema.

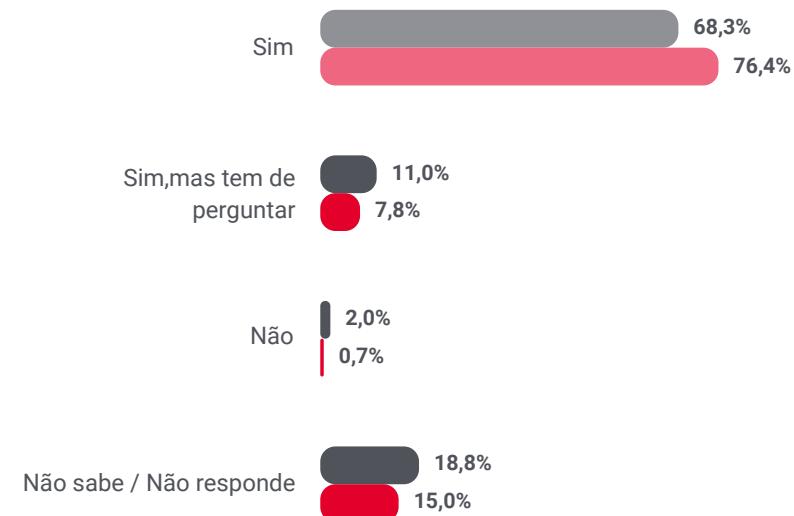
Quanto aos profissionais, verificou-se um conhecimento mais limitado. Conforme resulta da análise do gráfico 54, 23,6% dos profissionais de saúde e 31,7% dos administrativos não seleccionaram a resposta correta. Comparando estes resultados com os de 2017, observou-se uma diminuição no nível de conhecimento sobre este tema, com uma redução de 15,8 p.p. entre os profissionais de saúde e de 14,9 p.p. entre os profissionais administrativos.

“Se um utente estiver internado num hospital privado, deve ser avisado quando o plafond do seu seguro acabar?”

Gráfico 53
Utentes



Gráfico 54
Profissionais



● Profissional administrativo
● Profissional de saúde



Relativamente ao consentimento em situações de emergência, 24,5% dos utentes inquiridos responderam corretamente que o consentimento pode ser presumido pelo médico responsável, desde que não existam informações ou um testamento vital indicando que o utente recusaria a cirurgia (cfr. tabela 15). Este resultado evidencia uma lacuna significativa no entendimento dos utentes sobre os procedimentos legais e éticos relacionados ao consentimento em situações de emergência médica.

No que diz respeito aos profissionais, 76,1% dos profissionais de saúde e 58,8% dos profissionais administrativos dispõem de conhecimento adequado sobre o tema. Este resultado evidencia que os profissionais de saúde possuem um conhecimento significativamente superior ao dos administrativos, com uma diferença de 17,3 p.p..

Tabela 15
“Quando um utente entra inconsciente numa urgência e necessita de uma cirurgia imediata, para afastar um perigo grave para o seu corpo ou saúde, o consentimento para esta...”

Quando um utente entra inconsciente numa urgência e necessita de uma cirurgia imediata, para afastar um perigo grave para o seu corpo ou saúde, o consentimento para esta...

	Utentes	Profissional de saúde	Profissional administrativo
Pode ser presumido pelo médico responsável, desde que não exista nenhuma informação ou testamento vital que indique que o utente recusaria a cirurgia em causa	24,5%	76,1%	58,8%
Deve ser dado pelo Diretor Clínico do Hospital	10,4%	1,7%	3,1%
Deve ser dado por um familiar	45,5%	11,3%	18,3%
Nunca é necessário	5,5%	2,4%	3,6%
Não sabe/não responde	14,1%	8,5%	16,2%



No que se refere à publicidade a serviços de saúde, 47,3% dos utentes inquiridos identificaram corretamente que “Sim, desde que a informação seja verdadeira, completa e lícita” (cfr. gráfico 55). Neste contexto, verificou-se também que mais de 50,0% dos profissionais reconhece o princípio legal envolvido (cfr. gráfico 56). A resposta correta, foi escolhida por 58,6% dos profissionais de saúde e 51,8% dos profissionais administrativos, com nível de conhecimento superior para os primeiros (diferença de 6,8 p.p.).

“Um hospital pode fazer publicidade a serviços de saúde?”

Gráfico 55

Utentes

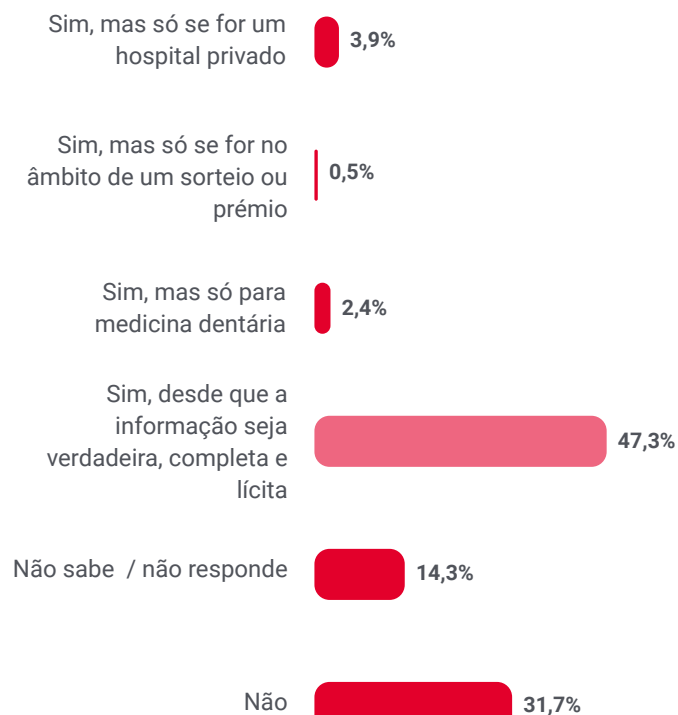
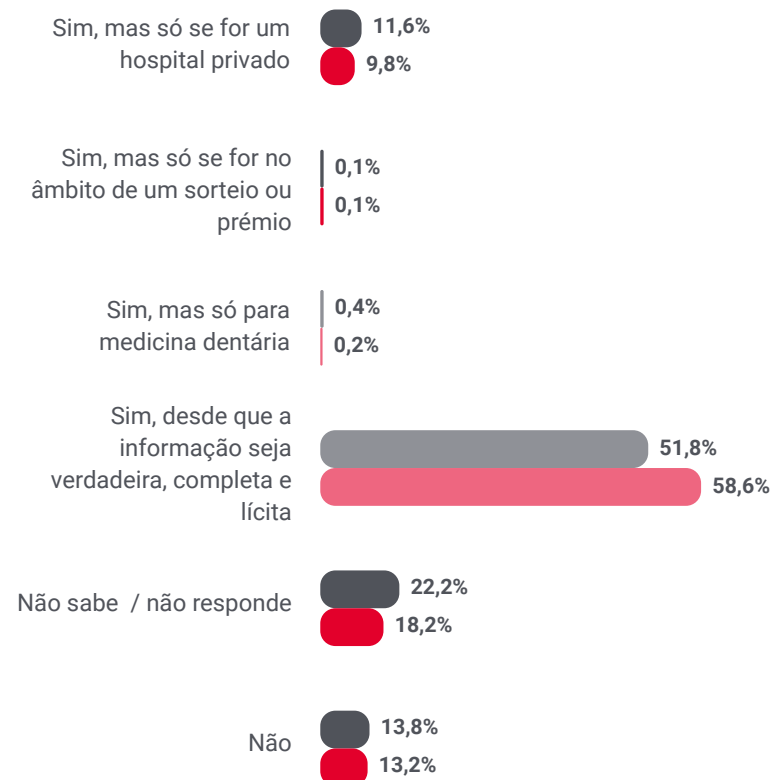


Gráfico 56

Profissionais



● Profissional administrativo

● Profissional de saúde



No âmbito das diretivas antecipadas de vontade e Procuradores de Saúde, 36,2% dos utentes inquiridos conheciam o conceito de testamento vital (*“Documento onde uma pessoa maior de idade indica quais os cuidados de saúde quer ou não receber, caso se encontre incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente”*) (cfr. tabela 16). Comparando os resultados obtidos com os de 2017, observa-se que o nível de conhecimento sobre esta matéria diminuiu em 21,5 p.p., evidenciando a necessidade de uma maior sensibilização e esclarecimento sobre o

testamento vital e as suas implicações para a autonomia do utente na tomada de decisões relacionadas aos cuidados de saúde.

Entre os profissionais, o conhecimento sobre o testamento vital revelou-se significativamente mais elevado, com 86,5% dos profissionais de saúde e 78,5% dos profissionais administrativos a identificarem corretamente o conceito. Além disso, registou-se um progresso significativo no nível de conhecimento em relação a 2017, com um aumento de 8,3 p.p. para os profissionais de saúde e de 10,4 p.p. para os profissionais administrativos.

Tabela 16
“O que é o testamento vital?”

O que é o testamento vital?	Utentes	Profissional de saúde	Profissional administrativo
Documento onde uma pessoa maior de idade indica quais os cuidados de saúde quer ou não receber, caso se encontre incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente	36,2%	86,5%	78,5%
Documento onde uma pessoa maior de idade escolhe o seu médico assistente	1,6%	0,0%	0,1%
Documento onde uma pessoa maior de idade indica se pretende doar os seus órgãos	31,1%	8,8%	12,5%
Não sabe/não responde	31,1%	4,7%	8,8%



No mesmo âmbito, foi questionado se “Qualquer pessoa que se encontre capaz de dar o seu consentimento consciente, livre e esclarecido pode fazer um testamento vital?”, tendo 45,2% dos utentes inquiridos, 68,6% dos profissionais de saúde e 66,8% dos profissionais administrativos selecionado a opção correta (“Sim, desde que seja efetuada por cidadãos, maiores de idade, nacionais ou estrangeiros e apátridas residentes em Portugal”) (cfr. gráficos 57 e 58).

“Qualquer pessoa que se encontre capaz de dar o seu consentimento consciente, livre e esclarecido pode fazer um testamento vital?”

Gráfico 57
Utentes

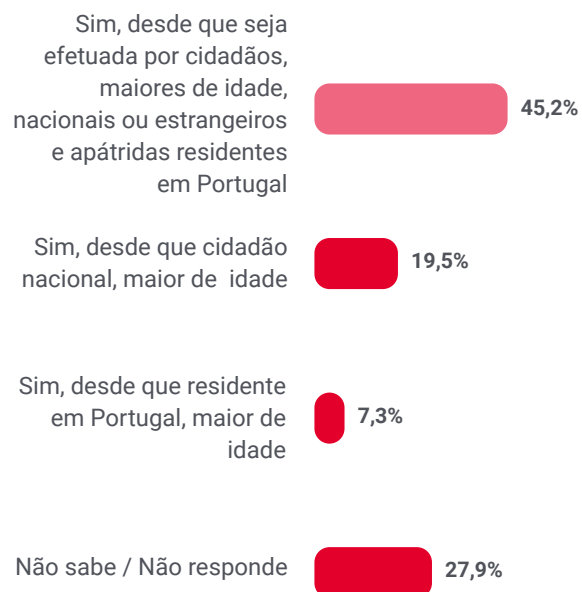
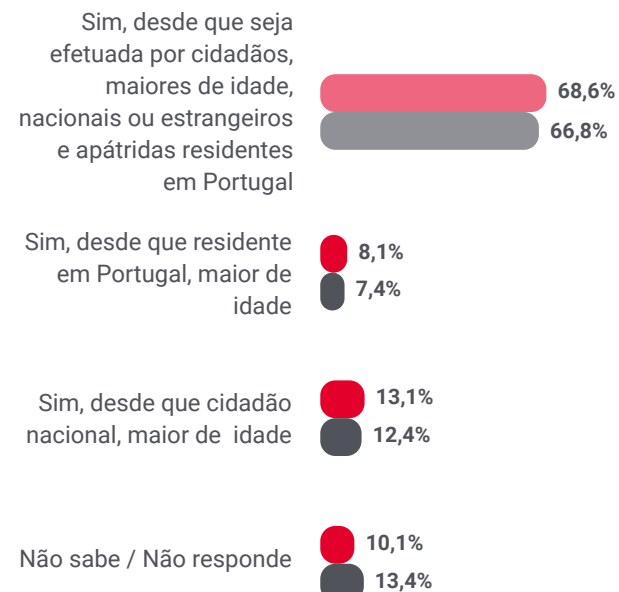


Gráfico 58
Profissionais



● Profissional de saúde
● Profissional administrativo



4.2.6 DIREITO DE ACESSO À INFORMAÇÃO CLÍNICA E DIREITO À PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Os utentes dos serviços de saúde têm direito a aceder aos seus dados pessoais e informação de saúde constantes do seu processo clínico, bem como a que a sua informação de saúde seja devidamente protegida.

O direito de acesso dos utentes à informação sobre a sua saúde assume-se como um elemento fundamental para a garantia – plena e efetiva – do seu direito de acesso aos cuidados de saúde, mas também para o exercício da liberdade de escolha e para o direito a obter uma segunda opinião ou apreciação sobre a sua situação clínica.

Neste contexto, o utente tem direito a:

Tomar conhecimento da existência da sua informação clínica;

Consultar o seu conteúdo;

Obter uma cópia daquela informação (seja em papel, CD ou outro meio);

Pedir a retificação de informações inexatas;

Pedir a inclusão de informações total ou parcialmente omissas.

E isto porque são os utentes – e não os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde nem os profissionais de saúde – os proprietários da sua informação de saúde.

Os estabelecimentos de saúde são meros depositários dessa informação e não podem recusar, dificultar ou, por qualquer meio, condicionar o acesso à informação de saúde.

A regra é a do acesso dos utentes ao conteúdo do seu processo clínico, salvo situações excecionais, como as seguintes:

Os utentes não podem ter acesso às anotações pessoais efetuadas pelos profissionais de saúde para memória futura dos próprios, e que não se destinam a classificar ou identificar nenhum dado pessoal do utente;

Os profissionais de saúde podem abster-se de dar conhecimento ao utente de determinadas informações, se tal puder pôr em risco a sua saúde, de forma grave (privilégio terapêutico).

Independentemente da natureza jurídica da unidade de saúde onde a informação clínica se encontrar depositada (pode ser uma unidade do setor público, privado, social ou cooperativo), o titular da informação pode solicitar a consulta ou a reprodução da mesma. Este acesso é exercido por intermédio de médico se o utente assim o solicitar ou se não for possível apurar a vontade do utente quanto ao acesso.



Nos casos de acesso à informação de saúde por terceiros, este apenas é possível mediante o consentimento do titular dos dados ou se tal for necessário à realização de interesse direto, pessoal, legítimo e constitucionalmente protegido que fundamente o acesso (por exemplo, em caso de falecimento do utente, para que a família possa apresentar uma reclamação ou recorrer à via judicial).

O utente dos serviços de saúde tem **direito ao sigilo** sobre os seus dados pessoais: tem direito a que a sua informação de saúde seja devidamente protegida e utilizada apenas para as finalidades que motivaram a sua recolha, ou seja, para a prestação de cuidados de saúde ou investigação clínica e, também, o direito a que ninguém divulgue as informações que tenha sobre a sua saúde.

O utente tem ainda o direito a que toda a sua informação de saúde não seja acessível a terceiros sem o seu conhecimento e consentimento expresso prévio.

Além disso, todos os profissionais de saúde estão obrigados ao dever de sigilo relativamente aos factos de que tenham conhecimento no exercício das suas funções, salvo lei que disponha em contrário ou decisão judicial que imponha a sua revelação.



ANÁLISE DAS RESPOSTAS AOS QUESTIONÁRIOS

No que se refere à literacia sobre o direito de acesso à informação clínica e o direito à proteção de dados pessoais – considerando as três questões abrangidas neste tema –, os utentes inquiridos demonstraram um nível globalmente baixo de conhecimento (cfr. gráfico 59). Cerca de 46,6% dos utentes inquiridos apresentaram níveis de literacia abaixo do suficiente (13,5% com nível “inadequado” e 33,1% com nível “problemático”), e 17,0% atingiram o nível “excelente”.

Em relação aos profissionais, os profissionais de saúde exibiram um conhecimento mais elevado, quando comparados com os profissionais administrativos, com percentagens superiores de respondentes posicionados nos níveis de literacia “suficiente” (33,3% vs 30,2%) e “excelente” (41,5% vs 36,2%), e menores percentagens nos níveis mais baixos. Por sua vez, os profissionais administrativos exibiram uma percentagem de utentes posicionados nos níveis de literacia “problemático” ou “inadequado” superior às dos profissionais de saúde (cfr. gráfico 60).

NÍVEL DE LITERACIA SOBRE DIREITO DE ACESSO À INFORMAÇÃO CLÍNICA E DIREITO À PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Gráfico 59
Utentes

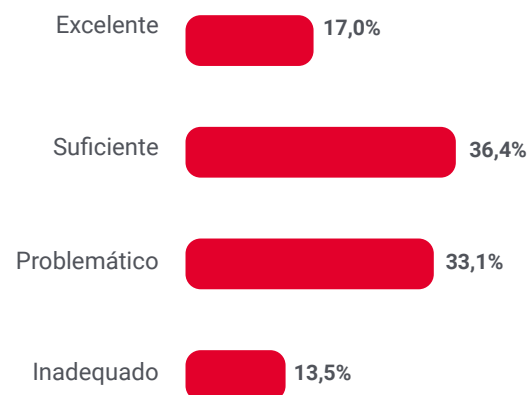
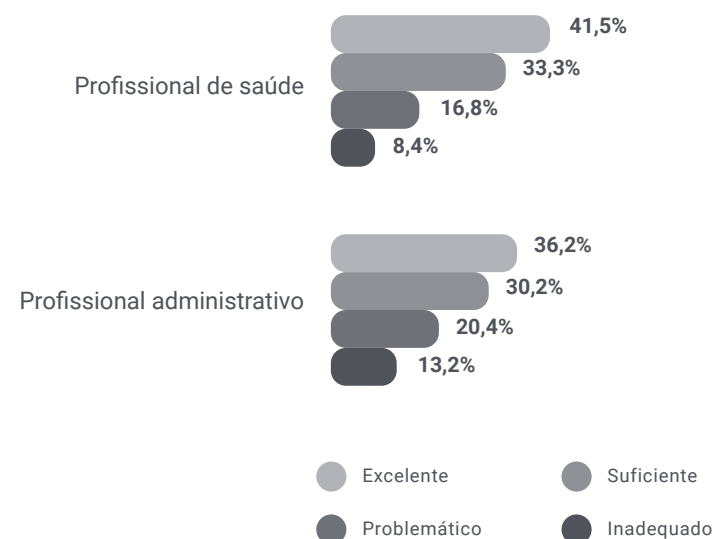


Gráfico 60
Profissionais





Avaliado o grau de conhecimento sobre a propriedade do processo clínico, 55,2% dos utentes inquiridos revelaram saber que o processo clínico é propriedade do utente (cfr. gráfico 61). Comparando os resultados com os obtidos em 2017, observou-se uma evolução positiva na literacia, correspondente a um aumento de 5,7 p.p.. Por outro lado, 68,3% dos profissionais de saúde e 59,4% dos profissionais administrativos responderam corretamente à questão (cfr. gráfico 62). Comparando os resultados com os obtidos em 2017, observou-se uma evolução positiva na literacia, correspondente a um aumento de 19,1 p.p. no grupo de profissionais de saúde, e 23,7 p.p. no grupo de profissionais administrativos.

"O processo clínico é propriedade de quem?"

Gráfico 61
Utentes

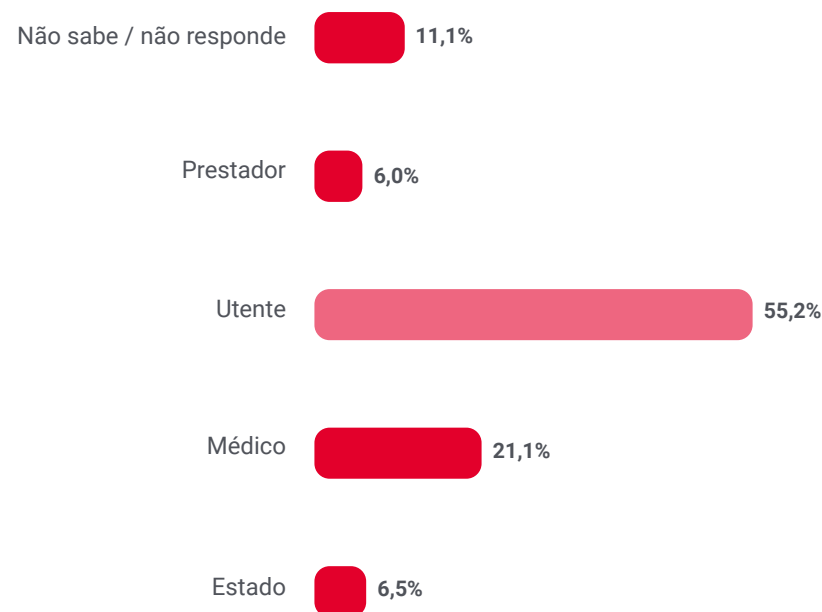
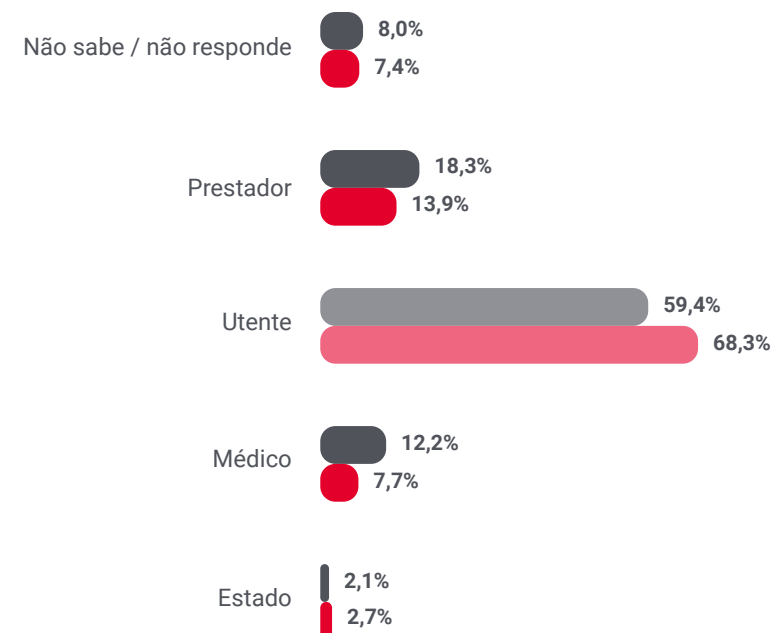


Gráfico 62
Profissionais



Profissional de saúde



Profissional administrativo



Por outro lado, relativamente ao acesso ao processo clínico, 69,4% dos utentes inquiridos indicaram, corretamente, que o utente pode aceder livremente aos dados do seu processo clínico (cfr. gráfico 63). Comparando os resultados com os obtidos no estudo de 2017, verificou-se um aumento do nível de conhecimento neste tema de 8,0 p.p., passando de 61,4% nesse ano para os atuais 69,4%. Entre os profissionais, o nível de literacia foi mais elevado, com 73,1% dos profissionais de saúde e

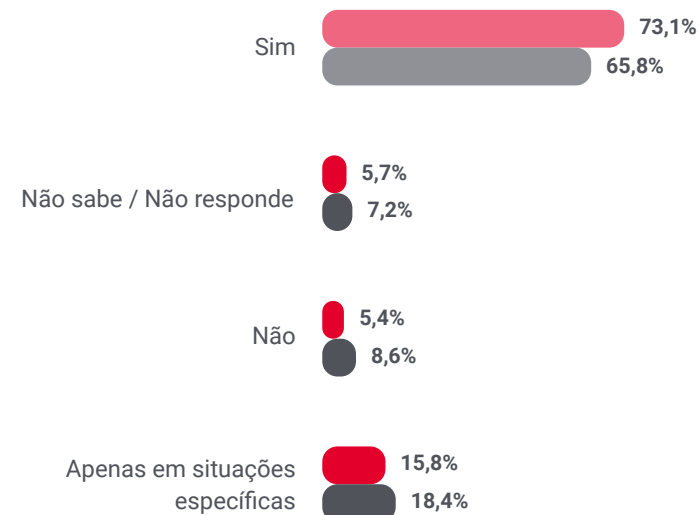
65,8% dos profissionais administrativos a identificarem corretamente este princípio (cfr. gráfico 64). Face aos resultados de 2017, verificou-se também uma evolução positiva no nível de conhecimento entre os profissionais, em linha com a tendência observada entre os utentes, com um aumento de 4,7 p.p. no grupo dos profissionais de saúde, e de 6,9 p.p. entre os administrativos.

"O utente pode aceder livremente aos dados do seu processo clínico?"

Gráfico 63
Utentes



Gráfico 64
Profissionais



● Profissional de saúde
● Profissional administrativo



Por último, no contexto do direito de acesso à informação clínica e direito à proteção de dados pessoais, foi questionado o seguinte: “*Pode uma terceira pessoa que não seja profissional de saúde ter acesso ao processo clínico de um utente?*”. A resposta correta (“*Sim, se devidamente autorizada para o efeito*”) foi selecionada por 32,4% dos utentes inquiridos. Entre os profissionais, o nível de conhecimento foi mais elevado, com 66,4% dos profissionais de saúde e 64,3% dos administrativos a identificarem corretamente a resposta (cfr. tabela 17).

Tabela 17
“Pode uma terceira pessoa que não seja profissional de saúde ter acesso ao processo clínico de um utente?”

Pode uma terceira pessoa que não seja profissional de saúde ter acesso ao processo clínico de um utente?

	Utentes	Profissionais de saúde	Profissionais administrativos
Sim, se devidamente autorizada para o efeito	32,4%	66,4%	64,3%
Sim, se provar que é familiar do utente	13,5%	1,2%	1,7%
Não	47,7%	28,6%	29,0%
Não sabe/Não responde	6,4%	3,7%	5,1%

4.2.7 DIREITO À ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL E RELIGIOSA

Os utentes dos serviços de saúde têm direito à assistência espiritual e religiosa, independentemente da religião que professem.

O internamento em estabelecimento prestador de cuidados de saúde não impede o exercício da liberdade religiosa e, nomeadamente, do direito à assistência religiosa e à prática de atos de culto.

Assim, sempre que um utente internado numa instituição ou serviço do SNS o solicite de forma expressa (ou os seus familiares, ou outros cuja proximidade ao utente seja significativa, quando este não a possa solicitar e se presuma ser essa a sua vontade), devem-lhe ser asseguradas as condições de livre exercício da assistência espiritual e religiosa.



ANÁLISE DAS RESPOSTAS AOS QUESTIONÁRIOS

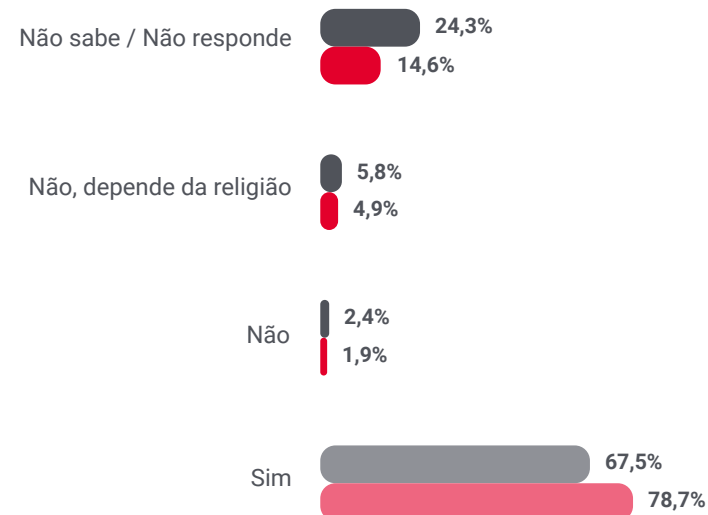
No que se refere ao direito à assistência religiosa, 61,9% dos utentes inquiridos indicaram a resposta correta ("sim") (cfr. gráfico 65). Da comparação com os resultados de 2017, verificou-se uma diminuição de 14,2 p.p. no nível de conhecimento deste tema. Um nível de literacia superior foi observado entre os profissionais, com 78,7% dos profissionais de saúde e 67,5% dos profissionais administrativos a indicarem a resposta correta (cfr. gráfico 66). Em comparação com 2017, verificou-se uma diminuição de 5,0 p.p. no nível de conhecimento deste tema por parte dos profissionais de saúde, e um aumento de 2,3 p.p. por parte dos profissionais administrativos.

"Se estiver internado num hospital do SNS tem sempre direito a assistência religiosa?"

Gráfico 65
Utentes



Gráfico 66
Profissionais





4.2.8 DIREITO AO ACOMPANHAMENTO

O direito ao acompanhamento⁽²⁹⁾ é o direito que assiste aos utentes dos serviços de saúde de, em regra, serem acompanhados, por familiar ou outra pessoa por si escolhida, no decurso da prestação de cuidados de saúde e/ou dos tratamentos a que sejam submetidos.

Os utentes poderão beneficiar do direito ao acompanhamento durante consultas, episódios de urgência ou até internamentos, em situações definidas.

Nos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS todos os utentes têm o direito de se fazerem acompanhar por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão do serviço. No caso da mulher grávida, é garantido o acompanhamento até três pessoas por si indicadas, que deverão alternar entre si, não podendo permanecer, em simultâneo, mais do que uma pessoa junto da utente.

O utente tem, ainda, direito ao acompanhamento, independentemente do setor de prestação de cuidados de saúde a que recorre (público, privado, social ou cooperativo), nas seguintes situações:

Mulher grávida internada, durante todas as fases do trabalho de parto;

Mulher grávida, para efeitos de assistência na gravidez;

Crianças internadas;

Pessoas com deficiência internadas;

Pessoas em situação de dependência internadas;

Pessoas com doença incurável em estado avançado ou em estado final de vida internadas.

É reconhecido o direito ao acompanhamento à **mulher grávida internada** em estabelecimento de saúde, durante todas as fases do trabalho de parto, incluindo partos por fórceps, ventosas e cesarianas, por qualquer pessoa por si escolhida, exceto se razões clínicas ou a segurança da parturiente e da criança o desaconselharem.

O direito ao acompanhamento pode ser exercido independentemente do período do dia ou da noite em que o trabalho de parto ocorrer.

A **criança internada** com idade até aos 18 anos tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe ou de pessoa que os substitua.

A criança com idade superior a 16 anos pode designar a pessoa acompanhante, ou mesmo prescindir dela.

As **pessoas com deficiência, em situação de dependência, com doença incurável em estado avançado ou as pessoas em estado final de vida** que estejam internadas em estabelecimento prestador de cuidados de saúde têm direito ao acompanhamento permanente de ascendente, descendente, cônjuge ou equiparado e, na ausência, impedimento destes ou por sua vontade, têm direito a designar outra pessoa.

O acompanhamento familiar permanente das crianças, das pessoas com deficiência, em situação de dependência, com doença incurável em estado avançado ou em estado final de vida que estejam internadas é exercido no período do dia ou da noite, com respeito pelas instruções e regras técnicas relativas aos cuidados de saúde aplicáveis e pelas demais normas estabelecidas no respetivo regulamento hospitalar.

(29) A ERS disponibiliza perguntas frequentes sobre direito ao acompanhamento em <https://www.ers.pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/direito-ao-acompanhamento/>.



ANÁLISE DAS RESPOSTAS AOS QUESTIONÁRIOS

Do conjunto das quatro questões que compõem o tema do direito ao acompanhamento, os utentes inquiridos apresentaram, predominantemente, um nível de conhecimento entre o “problemático” e o “suficiente”, abrangendo 58,2% dos respondentes (cfr. gráfico 67). Em concreto, 36,9% dos utentes exibiram um nível de literacia “problemático” e 21,3% um nível “suficiente”. Por outro lado, 22,4% dos utentes demonstraram um nível de conhecimento “excelente”, enquanto 19,4% foram avaliados como tendo um nível “inadequado”. Estes

resultados refletem um conhecimento heterogéneo sobre o tema, com uma proporção considerável de utentes a revelar níveis insuficientes de literacia e inferiores aos observados para os profissionais de saúde e administrativos.

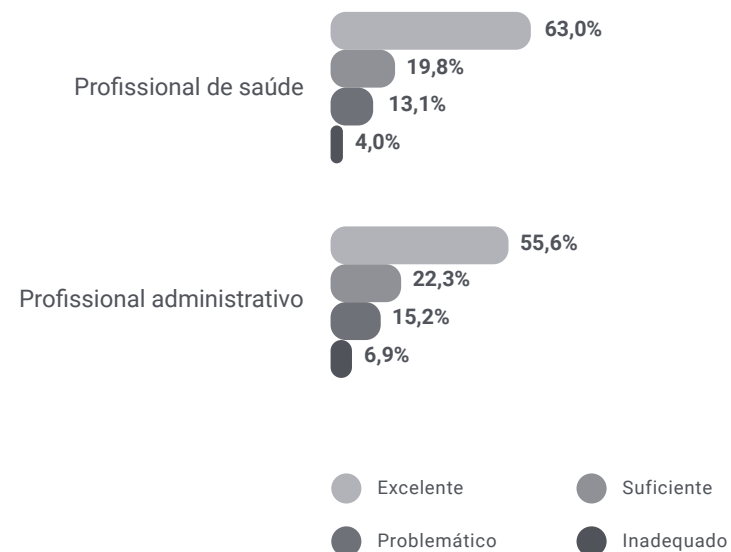
Concretamente, destaca-se que 63,0% dos profissionais de saúde e 55,6% dos profissionais administrativos revelaram um conhecimento “excelente” sobre o direito ao acompanhamento (cfr. gráfico 68).

NÍVEL DE LITERACIA SOBRE DIREITO AO ACOMPANHAMENTO

Gráfico 67
Utentes



Gráfico 68
Profissionais





No âmbito do acompanhamento durante a prestação dos cuidados de saúde, foi questionado se “*Nos serviços de urgência do SNS o utente pode ter um acompanhante?*”. Como se constata da informação apresentada no gráfico 34, 45,2% dos utentes inquiridos selecionaram a opção correta “*Sim, desde que não prejudique a eficácia e correção dos cuidados*” (cfr. gráfico 69). Ao comparar os resultados com os de 2017, observa-se uma diminuição de 13,4 p.p. na percentagem de respostas corretas por parte dos utentes.

Por outro lado, 75,4% dos profissionais de saúde e 68,5% dos profissionais administrativos selecionaram a opção correta “*Sim, desde que não prejudique a eficácia e correção dos cuidados*” (cfr. gráfico 70). Ao comparar os resultados com os de 2017, observa-se uma diminuição de 11,5 p.p. na percentagem de respostas corretas dos profissionais de saúde e uma redução relativamente maior, de 13,3 p.p., no caso dos profissionais administrativos.

“Nos serviços de urgência do SNS o utente pode ter um acompanhante?”

Gráfico 69
Utentes

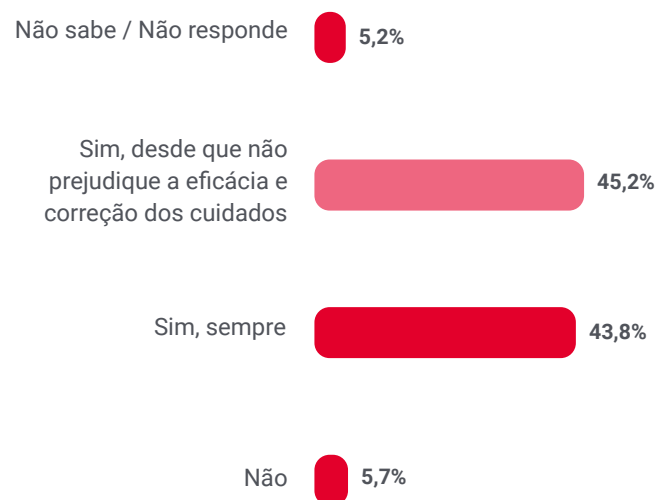
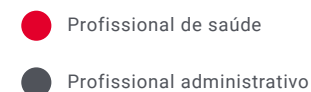
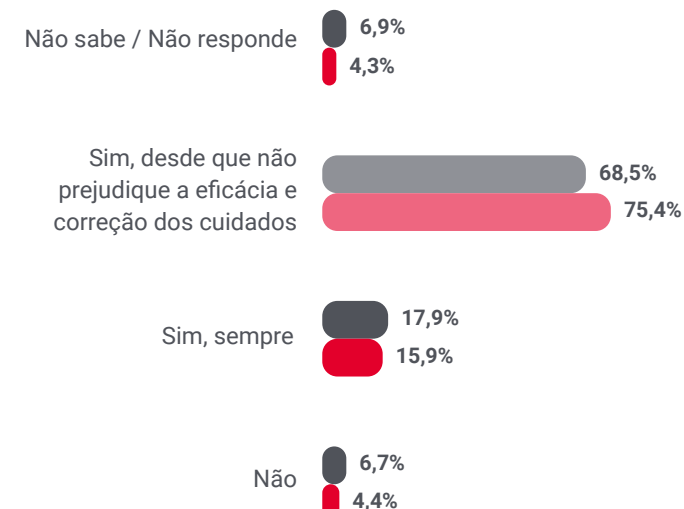


Gráfico 70
Profissionais





Em relação ao direito ao *acompanhamento da mulher grávida, em todas as fases do parto*, 26,6% dos utentes inquiridos indicaram a resposta correta (*"Sim, exceto em situações clínicas graves ou para garantia da privacidade das outras grávidas"*) (cfr. gráfico 71). Ao comparar os resultados com os de 2017, observa-se uma diminuição expressiva, de 28,6 p.p. na percentagem de respostas corretas nos utentes inquiridos.

No caso dos profissionais, 72,9% dos profissionais de saúde e 68,6% dos profissionais administrativos a indicarem a resposta correta (cfr. gráfico 72). Ao comparar os resultados com os de 2017, observa-se também uma diminuição, de 12,5 p.p. na percentagem de respostas corretas nos dois grupos de profissionais.

"Uma mulher grávida tem direito ao acompanhamento em todas as fases do parto?"

Gráfico 71
Utentes

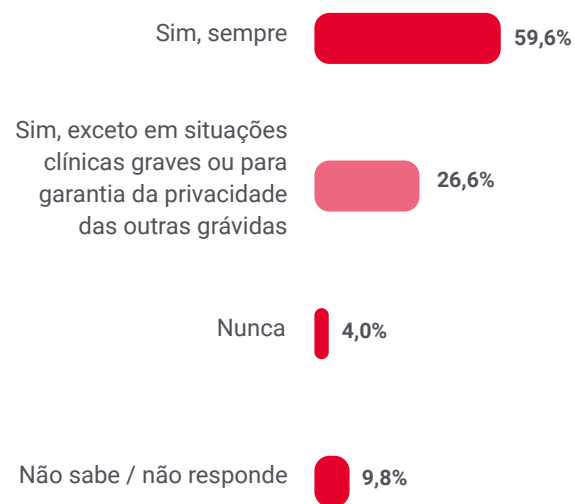
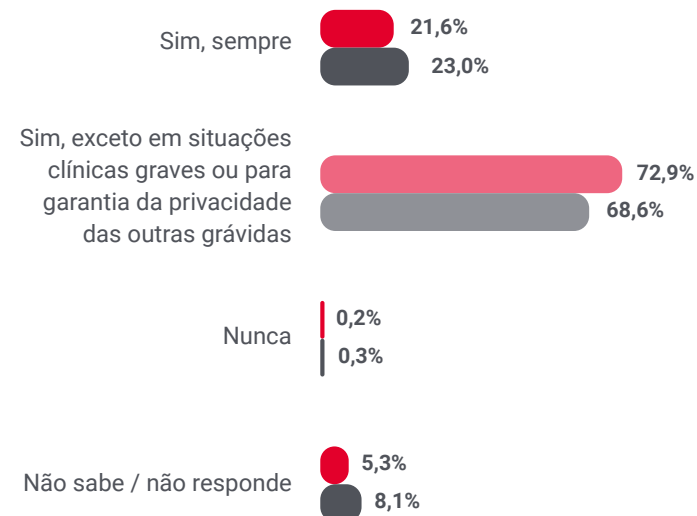


Gráfico 72
Profissionais



● Profissional de saúde
● Profissional administrativo



Quanto ao direito ao acompanhamento das crianças internadas, 20,2% dos utentes inquiridos indicaram a resposta correta - “*Sim, desde que não prejudique a eficácia e a correção dos cuidados*”) – destacando-se que a opção “sempre” foi a mais selecionada (cfr. gráfico 73). Comparando os resultados com os obtidos no estudo de 2017, verificou-se uma diminuição do nível de conhecimento neste tema, de 5,8 p.p., entre os utentes. Adicionalmente, 44,5% dos profissionais de saúde e 44,1% dos profissionais administrativos indicaram a resposta correta, tendo também selecionado com mais frequência a resposta “sempre” (cfr. gráfico 74). Comparando os resultados com os obtidos no estudo de 2017, verificou-se uma diminuição do nível de conhecimento neste tema, de 15,2 p.p. entre os profissionais de saúde e de 12 p.p. entre os profissionais administrativos.

“As crianças internadas têm direito ao acompanhamento?”

Gráfico 73
Utentes

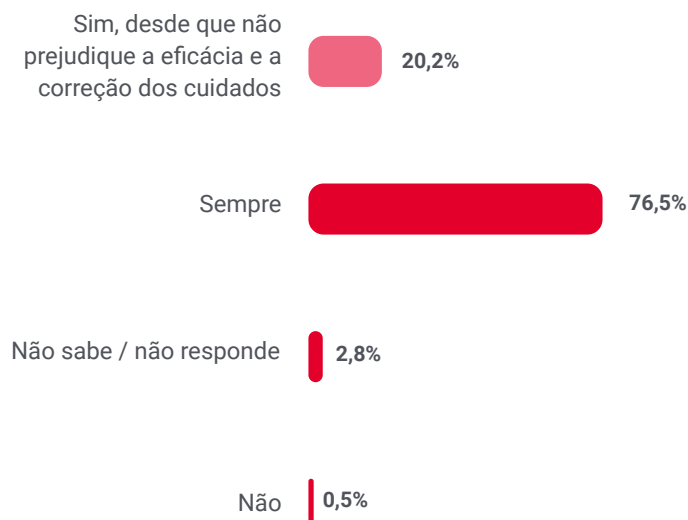
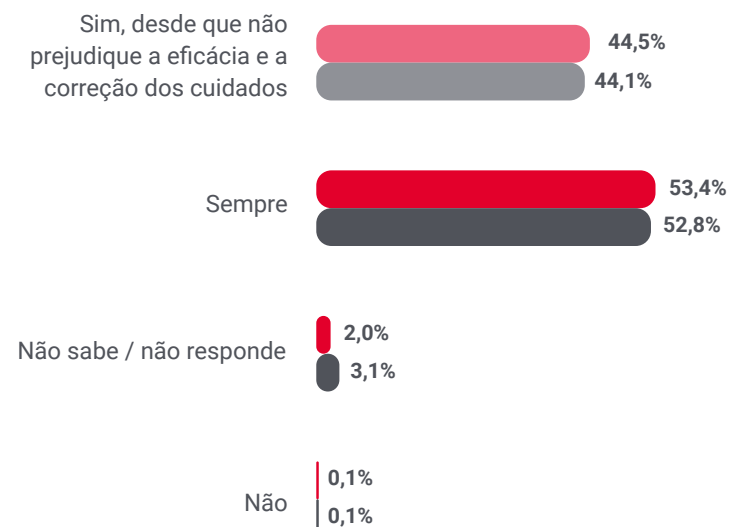


Gráfico 74
Profissionais



● Profissional de saúde
● Profissional administrativo



No que se refere ao direito ao acompanhamento das pessoas com deficiência ou em situação de dependência, com doença incurável em estado avançado e as pessoas em estado final de vida, internadas em estabelecimento de saúde, verifica-se, conforme indicado na tabela 18, que 61,3% dos utentes inquiridos indicaram a resposta correta *“Por um ascendente, descendente, cônjuge ou equiparado e, na ausência ou impedimento destes ou por sua vontade, de pessoa por si designada”*. Verifica-se ainda um nível de conhecimento mais elevado entre os profissionais em comparação com os utentes, com destaque para os profissionais de saúde, que apresentaram a maior percentagem de respostas corretas (81,7%), seguidos pelos profissionais administrativos (73,4%).

Tabela 18
“As pessoas com deficiência ou em situação de dependência, com doença incurável em estado avançado e as pessoas em estado final de vida, internadas em estabelecimento de saúde, têm direito ao acompanhamento permanente em qual das seguintes opções?”
- utentes

As pessoas com deficiência ou em situação de dependência, com doença incurável em estado avançado e as pessoas em estado final de vida, internadas em estabelecimento de saúde, têm direito ao acompanhamento permanente em qual das seguintes opções?

	Utentes	Profissional de saúde	Profissional administrativo
Por um ascendente, descendente, cônjuge ou equiparado e, na ausência ou impedimento destes ou por sua vontade, de pessoa por si designada	61,3%	81,7%	73,4%
Apenas por um profissional de saúde designado pelo estabelecimento	18,4%	1,5%	3,3%
Não têm direito a acompanhamento permanente	2,5%	4,0%	4,9%
Não sabe/Não responde	17,8%	12,8%	18,4%



4.2.9 DIREITO DAS PESSOAS EM CONTEXTO DE DOENÇA AVANÇADA E EM FIM DE VIDA

Às pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida é reconhecido um conjunto de direitos, em função desse estado, nomeadamente o direito a não sofrerem de forma mantida, disruptiva e desproporcionada. Estas pessoas têm direito a receber informação detalhada sobre os seguintes aspetos relativos ao seu estado de saúde:

A natureza da sua doença;

O prognóstico estimado;

Os diferentes cenários clínicos e tratamentos disponíveis.

As pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida têm também direito:

a participar ativamente no seu plano terapêutico;

a receber tratamento rigoroso dos seus sintomas;

a ser tratadas de acordo com os objetivos de cuidados definidos no seu plano de tratamento;

a não ser alvo de distanásia;

a dar o seu consentimento, contemporâneo ou antecipado, para as intervenções clínicas de que sejam alvo;

a recusar, nos termos da lei, o suporte artificial das funções vitais;

a recusar a prestação de tratamentos não proporcionais nem adequados ao seu estado clínico;

a receber cuidados paliativos através do Serviço Nacional de Saúde;

a receber sedação paliativa com fármacos sedativos devidamente titulados e ajustados exclusivamente ao propósito de tratamento do sofrimento.



À pessoa em situação de últimos dias de vida, é assegurado o direito à recusa alimentar ou à prestação de determinados cuidados de higiene pessoal.

Constituem ainda direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida:

Realizar testamento vital e nomear procurador de cuidados de saúde;

Ser o único titular do direito à informação clínica relativa à sua situação de doença e tomar as medidas necessárias e convenientes à preservação da sua confidencialidade, podendo decidir com quem partilhar essa informação;

Dispor sobre o destino do seu corpo e órgãos, para depois da sua morte, nos termos da lei;

Designar familiar ou cuidador de referência que o assistam ou, quando tal se mostre impossível, designar procurador ou representante legal;

Receber os apoios e prestações sociais que lhes sejam devidas, a si ou à sua família, em função da situação de doença e de perda de autonomia.



ANÁLISE DAS RESPOSTAS AOS QUESTIONÁRIOS

No âmbito na avaliação da literacia no contexto dos direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, questionou-se se “*Um utente com doença avançada e em fim de vida, a quem seja proposta uma intervenção cirúrgica que pode pôr em causa a sua vida, deve prestar consentimento?*”. Como resulta do gráfico 75, 41,2% dos

utentes inquiridos selecionaram a opção correta “*Sim, mas deve ser por escrito e perante duas testemunhas*”. Com um maior índice de respostas corretas em comparação com os utentes, destacam-se os profissionais de saúde, com 57,3%, seguidos pelos profissionais administrativos, com 51,6% (cfr. gráfico 76).

“Um utente com doença avançada e em fim de vida, a quem seja proposta uma intervenção cirúrgica que pode pôr em causa a sua vida, deve prestar consentimento?”

Gráfico 75
Utentes

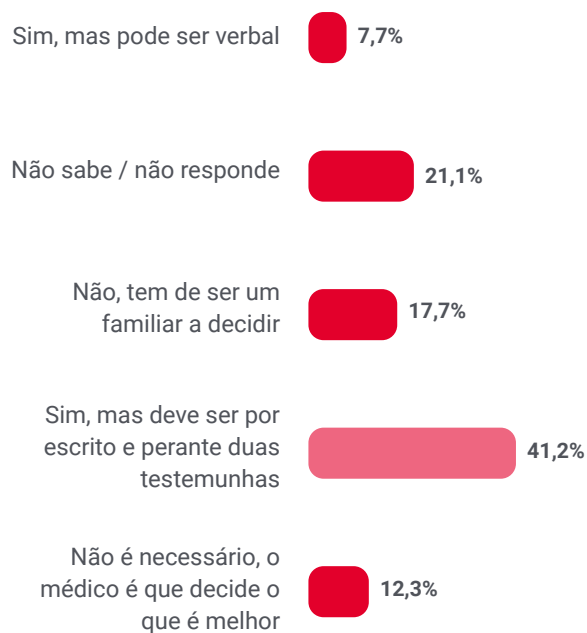
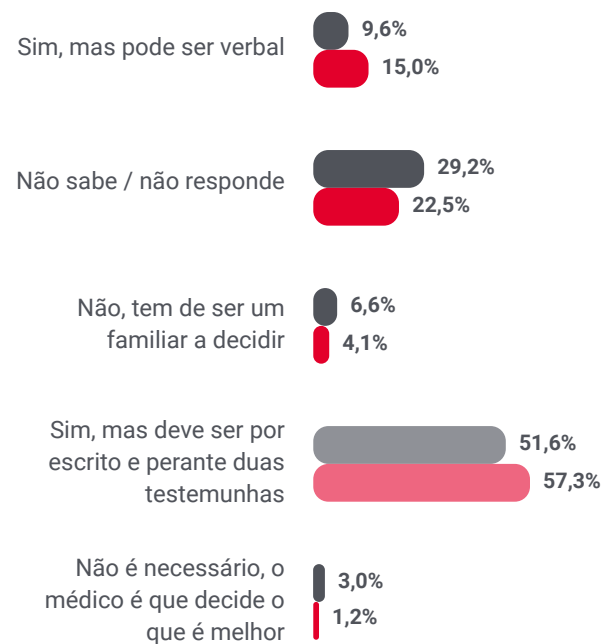


Gráfico 76
Profissionais



Profissional de saúde



Profissional administrativo



4.2.10 DIREITO A SER REPRESENTADO OU A CONSTITUIR ASSOCIAÇÕES DE DEFESA DOS SEUS DIREITOS

O utente dos serviços de saúde tem direito a constituir entidades que o representem e que defendam os seus interesses, bem como, 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.

As associações de defesa dos utentes dos serviços de saúde são constituídas nos termos da lei geral, dotadas de personalidade jurídica, sem fins lucrativos e têm como objetivo principal proteger os interesses e os direitos legítimos dos utentes. Estas associações são independentes e autónomas e a atribuição de apoios por parte do Estado ou de qualquer outra entidade não pode condicionar a sua independência e autonomia.

A estas associações são reconhecidos os seguintes direitos:

direito de participação em processos legislativos sobre a política de saúde, bem como em processos de consulta e audição públicas referentes a tomada de decisões no âmbito dos direitos e interesses dos utentes de saúde;

direito de adquirir o estatuto de parceiro social em matérias relativas à política de saúde;

direito de antena nos serviços públicos de rádio e televisão;

direito de solicitar aos órgãos da administração central, regional e local as informações que lhes permitam acompanhar a definição e a execução da política de saúde;

direito de receber apoio do Estado, através da administração central, regional e local, nomeadamente no exercício da sua atividade no domínio da formação, informação e representação dos utentes de saúde;

direito de participar na elaboração e acompanhamento das estratégias, planos e programas nacionais de saúde;

direito de iniciar e intervir em processos judiciais e em procedimentos administrativos quanto a interesses dos seus associados, nos termos da lei.



O utente pode constituir ou associar-se a associações de interesse genérico, que prossigam os interesses dos utentes de saúde em geral, ou associações de interesse específico, quando defendam utentes de uma determinada área de saúde ou portadores de uma determinada patologia.

As associações de defesa dos utentes de saúde têm a responsabilidade de promover, junto dos seus associados, a habilitação e capacitação destes para serem os primeiros responsáveis pela defesa e promoção da sua própria saúde.

No âmbito da participação dos utentes nos processos de tomada de decisão em saúde e na gestão participada das instituições, a Lei n.º 108/2019, de 9 de setembro, aprovou a Carta para a Participação Pública em Saúde, a qual pretende fomentar a participação por parte das pessoas, com ou sem doença, nas decisões que afetam a saúde da população e incentivar a tomada de decisão em saúde assente numa ampla participação pública a nível político e nos diferentes órgãos e entidades do Estado, através do aprofundamento dos processos de participação já existentes e da criação de novos espaços e mecanismos participativos.



ANÁLISE DAS RESPOSTAS AOS QUESTIONÁRIOS

No contexto da literacia sobre o direito a ser representado ou a constituir associações de defesa dos seus direitos, foi colocada a questão sobre o tipo de atividades que as associações podem exercer. As opções de resposta incluíam: participar em processos legislativos sobre a política de saúde; beneficiar de direito de antena nos serviços públicos de rádio e televisão; iniciar e intervir em processos judiciais e em procedimentos administrativos quanto a interesses dos seus associados, nos termos da lei; todas as anteriores; nenhuma das anteriores; ou não

sabe/não responde. Os resultados evidenciam um nível de conhecimento baixo, com 29,8% dos utentes inquiridos a selecionarem corretamente a opção “todas as anteriores” (cfr. gráfico 77). Um resultado semelhante foi observado entre os profissionais administrativos, com 33,3% a selecionar a opção correta (cfr. gráfico 78). Por outro lado, os profissionais de saúde, revelaram um nível de conhecimento superior, com 51,4% de respostas corretas, uma diferença de 18,1 p.p. em relação aos profissionais administrativos.

“As associações de defesa dos utentes podem:”

Gráfico 77
Utentes

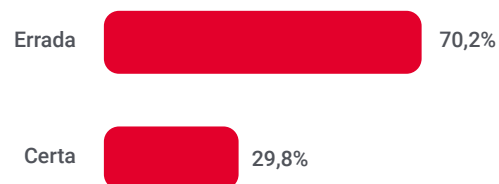
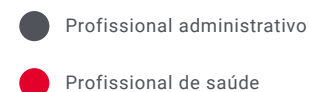
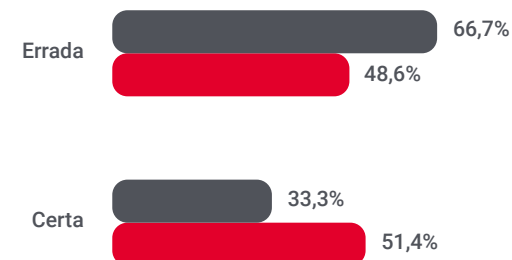


Gráfico 78
Profissionais





4.2.11 DIREITO A RECLAMAR E APRESENTAR QUEIXA

O direito a reclamar e apresentar queixa⁽³⁰⁾ é um direito constitucionalmente consagrado. Além de possuir um importante valor intrínseco, é também um direito que permite aferir do cumprimento dos demais direitos dos utentes.

A todas as pessoas, independentemente da sua natureza singular ou coletiva, nacionalidade ou residência, é reconhecido o direito a reclamar sobre todos e quaisquer aspetos relacionados com a prestação de cuidados de saúde, e o direito de obter uma resposta adequada, clara e perceptível. Assim, uma reclamação pode ser apresentada não só pelos utentes que recebem cuidados de saúde, e seus representantes legais, mas também por quem frequenta, utiliza ou acede ao estabelecimento prestador de cuidados de saúde e por quem acompanha ou visita utentes.

O ato de reclamar deve ser livre e nunca pode ser limitado por qualquer ato da entidade reclamada. Deste modo, os prestadores de cuidados de saúde devem garantir a disponibilização, imediata e gratuita, do livro de reclamações, sempre que este seja solicitado, independentemente de qualquer juízo de valor sobre a pertinência ou fundamento da matéria reclamada ou oportunidade da mesma. Também não podem condicionar a apresentação do livro de reclamações à identificação do autor da reclamação, ou seja, não podem exigir a apresentação do seu documento de identificação.

Os utentes dos serviços de saúde podem reclamar: através do Livro de Reclamações físico, de disponibilização obrigatória pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde; através da plataforma digital do Livro de Reclamações Eletrónico (LRE), no caso dos prestadores de cuidados de saúde do setor privado, cooperativo e social; através do formulário de reclamação online, disponibilizado na área “Reclamações” do website da ERS; ou através de comunicação postal ou eletrónica endereçada à ERS ou ao prestador de cuidados de saúde visado.

A ERS regula e supervisiona a atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde. Por conseguinte, as reclamações que cabem nas atribuições da ERS são aquelas em que o reclamado é um prestador de cuidados de saúde (independentemente da natureza pública, privada, cooperativa ou social), com estabelecimento localizado no território de Portugal continental, e cujo conteúdo esteja relacionado com a atividade aí desenvolvida. A título de exemplo: acesso aos cuidados de saúde; qualidade da assistência de cuidados de saúde; qualidade da assistência administrativa; direitos dos utentes; tempos de espera para atendimento (atendimento administrativo, atendimento clínico programado e não programado); tempos de espera para acesso a prestação de cuidados de saúde; questões financeiras; qualidade das instalações, etc.

(30) A ERS disponibiliza perguntas frequentes sobre reclamações, elogios e sugestões em <https://ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/reclamacoes-elogios-e-sugestoes/>.



Na análise de reclamações, excluem-se das competências da ERS factos sobre:

profissionais de saúde, no que respeita à sua atividade sujeita à regulação e disciplina das respetivas associações públicas profissionais (Ordens) – exemplo: má prática clínica, má conduta do profissional de saúde, desrespeito por normas de carácter deontológico;

estabelecimentos sujeitos a regulação específica do INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., como por exemplo as farmácias, nos aspetos respeitantes a essa regulação – exemplo: dispensa de medicamentos e produtos de saúde;

comportamentos que possam configurar responsabilidade criminal.

Caso tome conhecimento de factos que se relacionem com matérias que estejam fora do seu âmbito de atuação, a ERS procede ao seu encaminhamento para a entidade competente.



ANÁLISE DAS RESPOSTAS AOS QUESTIONÁRIOS

Na análise da literacia relativa ao direito a reclamar e apresentar queixa – composta por quatro questões –, os utentes inquiridos apresentaram, predominantemente, um nível de conhecimento entre “problemático” e “suficiente”, abrangendo 72,0% dos respondentes (cfr. gráfico 79). Acresce que, 16,3% dos utentes alcançaram um nível de conhecimento considerado “excelente”, enquanto 11,6% apresentaram um nível de literacia classificado como “inadequado”.

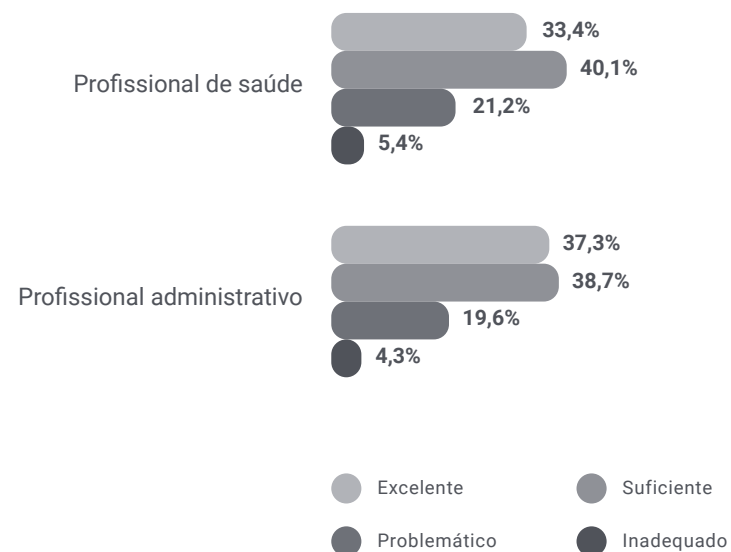
Entre os profissionais, o conhecimento revelou-se mais elevado em relação aos utentes, com destaque para os administrativos, que registaram um desempenho superior ao dos profissionais de saúde. Em concreto, 76,0% dos profissionais administrativos e 73,5% dos profissionais de saúde atingiram níveis de literacia “excelente” ou “suficiente”, evidenciando uma maior familiaridade com os procedimentos associados ao direito de reclamação e queixa (cfr. gráfico 80).

NÍVEL DE LITERACIA SOBRE DIREITO A RECLAMAR E APRESENTAR QUEIXA

Gráfico 79
Utentes



Gráfico 80
Profissionais





No âmbito do direito à reclamação constatou-se que 36,9% dos utentes inquiridos tinham conhecimento sobre a possibilidade de qualquer pessoa reclamar (cfr. gráfico 81). Em comparação com os resultados obtidos no estudo de 2017, observou-se uma diminuição de 13,7 p. p. no nível de conhecimento sobre este tema.

Com um nível de literacia superior, destaca-se que 73,5% dos profissionais de saúde e 72,8% dos profissionais administrativos revelaram um conhecimento adequado sobre este tema (cfr. gráfico 82). Comparando os resultados com os do estudo de 2017, verificou-se um aumento do nível de conhecimento sobre este tema, de 4,7 p.p. no caso dos profissionais de saúde e de 10,6 p.p. dos profissionais administrativos.

"Quem pode reclamar contra um prestador de cuidados de saúde?"

Gráfico 81
Utentes

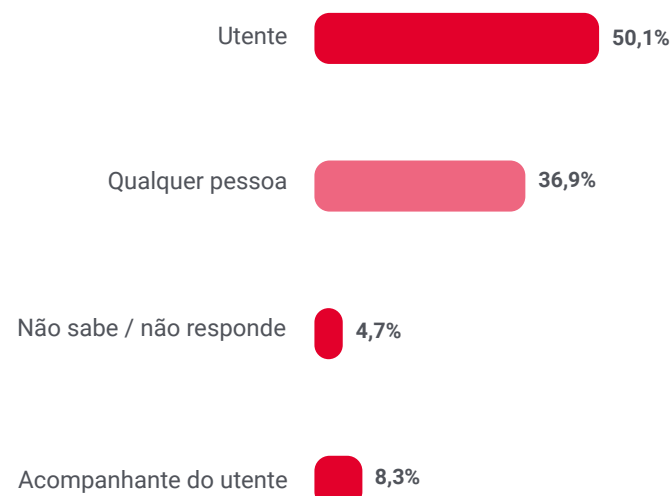
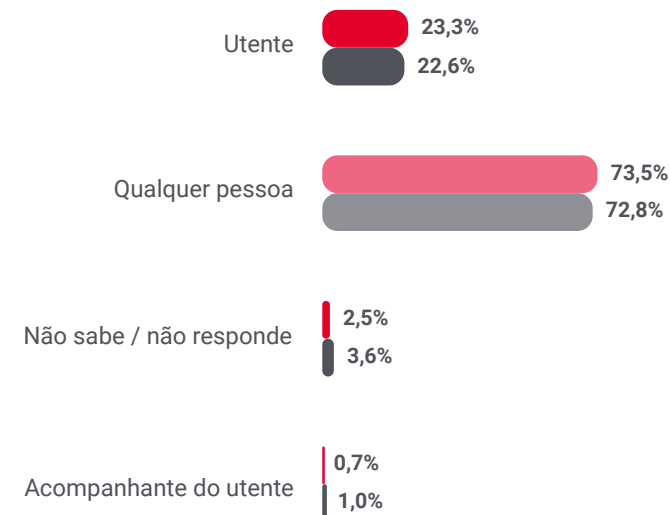


Gráfico 82
Profissionais



● Profissional de saúde
● Profissional administrativo



Em relação à questão “A entrega imediata do Livro de Reclamações pode ser recusada?”, verificou-se que 78,7% dos utentes inquiridos responderam corretamente, selecionando a opção “não” (cfr. gráfico 83). Comparando os resultados com os de 2017, verificou-se uma diminuição do nível de conhecimento neste tema, de 11,3 p.p.. Importa referir que as opções de resposta foram alteradas face ao estudo de 2017, o que pode ter contribuído para a diminuição da percentagem de respostas corretas.

Em relação aos profissionais, verificou-se que 82,6% dos profissionais administrativos e 77,6% dos profissionais de saúde responderam corretamente à questão (cfr. gráfico 84). Comparando os resultados com os de 2017, verificou-se uma diminuição do nível de conhecimento neste tema, de 14,4 p.p. entre os profissionais administrativos e de 19,3 p.p. entre os profissionais de saúde.

“A entrega imediata do Livro de Reclamações pode ser recusada?”

Gráfico 83
Utentes

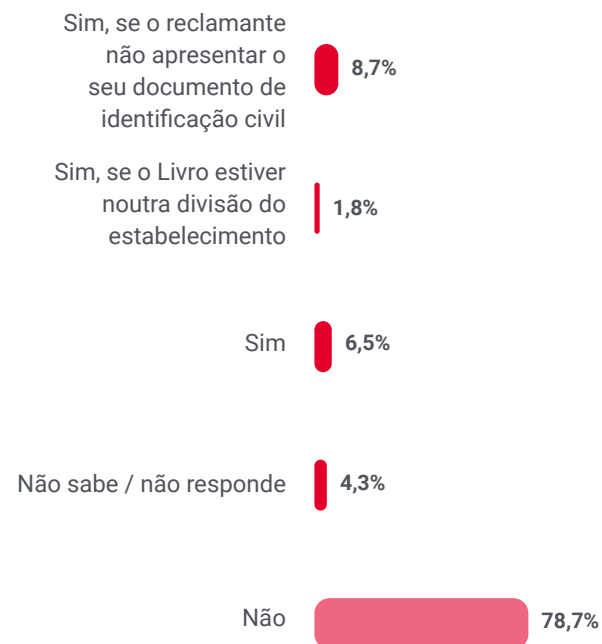
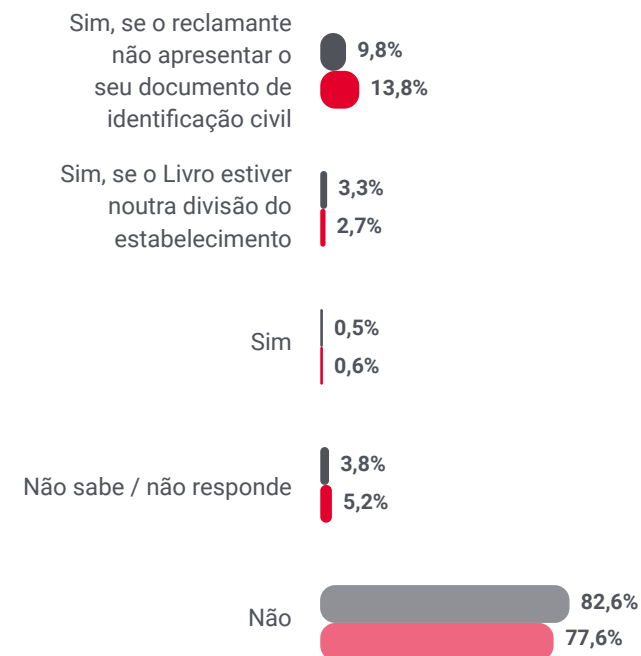


Gráfico 84
Profissionais



Profissional de saúde



Profissional administrativo



Em relação à questão “Na análise de reclamações, excluem-se das competências da Entidade Reguladora da Saúde os seguintes temas”, as opções de resposta incluíam: acesso aos cuidados de saúde; tempos de espera para acesso a cuidados de saúde; infrações disciplinares de profissionais de saúde; publicidade a medicamentos e dispositivos médicos; todas as anteriores; nenhuma das anteriores; ou não sabe/não responde. Os resultados revelaram um nível reduzido de conhecimento, com 3,9% dos utentes inquiridos a identificarem corretamente as

opções “infrações disciplinares de profissionais de saúde” e “publicidade a medicamentos e dispositivos médicos” (cfr. gráfico 85). Em linha com os resultados observados entre os utentes, observou-se um baixo nível de conhecimento também nos dois grupos de profissionais. Concretamente, 8,1% dos profissionais administrativos e 7,3% dos profissionais de saúde selecionaram as opções corretas, evidenciando lacunas na literacia sobre o tema (cfr. gráfico 86).

“Na análise de reclamações, excluem-se das competências da Entidade Reguladora da Saúde os seguintes temas”

Gráfico 85
Utentes

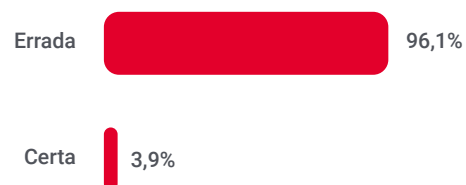
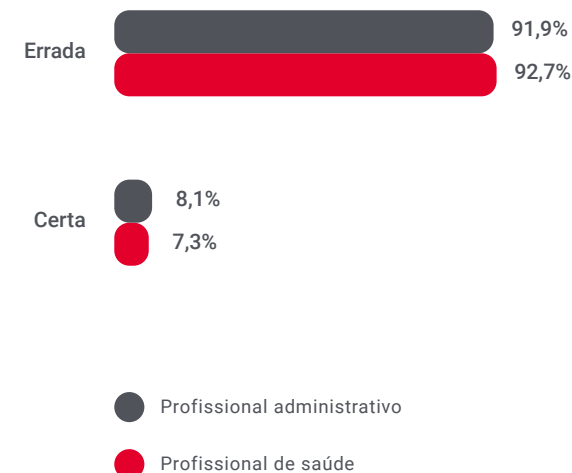


Gráfico 86
Profissionais





Por último, na análise da questão “*Quais os meios disponíveis para reclamar?*”, as opções de resposta incluíam: junto do prestador, no Livro de Reclamações que existe no estabelecimento; através da plataforma digital do Livro de Reclamações Eletrónico (LRE), quando aplicável; junto da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), no seu website, por e-mail ou carta; junto do Prestador, no seu website, por e-mail ou carta; nenhuma das anteriores; ou não sabe/não responde. Através da análise do gráfico 87, retira-se que 37,8% dos utentes inquiridos selecionaram corretamente

todas as opções. Em comparação com os resultados de 2017, verificou-se um aumento do nível de conhecimento sobre os meios para apresentar reclamação de 17,4 p.p..

Adicionalmente, através da análise do gráfico 88, retira-se que 49,4% dos profissionais administrativos e 46% dos profissionais selecionaram corretamente todas as opções. Face a 2017, verificou-se um aumento do nível de conhecimento sobre os meios para apresentar reclamação, em ambos os grupos de profissionais.

“Quais os meios disponíveis para reclamar?”

Gráfico 87
Utentes

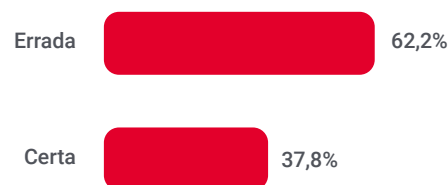
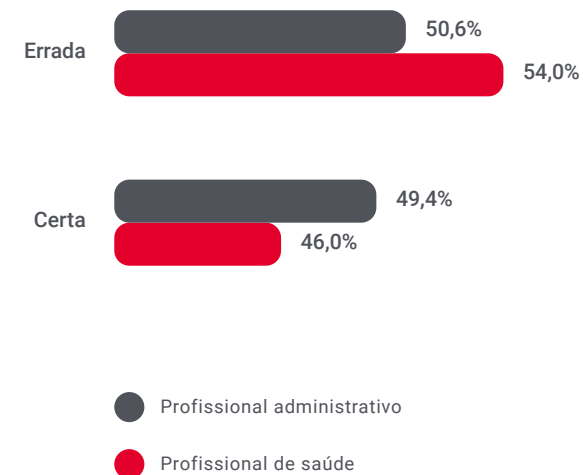


Gráfico 88
Profissionais





5 | DISCUSSÃO





5 | DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo apresentam o nível de literacia dos utentes e dos profissionais de saúde e administrativos em temas específicos sobre os direitos em saúde, permitindo uma análise comparativa com os resultados obtidos em 2017. Nesta secção, discutem-se os 11 temas abordados, destacando os progressos e os desafios persistentes identificados em cada grupo.

NÍVEL DE LITERACIA GLOBAL

A análise revelou diferenças significativas entre os grupos analisados. Em 2024, a maioria dos utentes apresentou um nível de conhecimento baixo sobre os direitos em saúde, com 58,2% a exibir um índice “problemático” e 20,3% um nível “inadequado” de literacia. Em comparação com os resultados de 2017, observa-se uma evolução positiva, já que, nesse ano, 61,5% dos utentes inquiridos apresentavam um nível “inadequado” e 33,2% um nível “problemático”. Por outro lado, em 2024, os profissionais de saúde apresentaram percentagens mais elevadas de literacia “suficiente” (54,7%) e “excelente” (25,9%), enquanto entre os profissionais administrativos 52,1% registaram literacia “suficiente” e 15,8% literacia “excelente”. Face aos resultados de 2017, verifica-se uma evolução positiva, com reduções significativas na proporção de profissionais com níveis de literacia considerados “problemático” e “inadequado”, que nesse ano atingiam 53,6% entre os profissionais de saúde e 73,4% entre os profissionais administrativos. Apesar dos avanços registados em relação a 2017, os resultados sugerem a necessidade de intervenções adicionais, especialmente para melhorar o nível de literacia entre os utentes e os profissionais administrativos.

CONHECIMENTO SOBRE A ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

A literacia sobre a ERS continua baixa em todos os grupos. Entre os utentes, 27,9% responderam corretamente sobre o âmbito de atuação da ERS, destacando-se assim que 95,9% apresentaram um nível “inadequado” ou “problemático”. Entre os profissionais de saúde, 79,6% revelaram níveis “problemáticos” ou “inadequados”, enquanto entre os administrativos essa percentagem foi de 80,2%. Acresce que a percentagem de profissionais com nível de literacia sobre a ERS “excelente” foi de 1,0%, demonstrando a necessidade de reforçar a disseminação de informações claras sobre o papel desta reguladora.

DIREITO À PROTEÇÃO DA SAÚDE

Os resultados obtidos evidenciam lacunas significativas no conhecimento dos utentes relativamente ao direito à proteção da saúde, com 27,2% dos inquiridos a identificarem corretamente que, perante a inexistência de condições num hospital público, o utente pode realizar a cirurgia num hospital privado com acordo com o SNS. Este resultado confirma a persistência de assimetria no acesso à informação, com implicações na capacidade dos cidadãos exercerem os seus direitos em saúde de forma informada. Em contraste, observa-se um nível de literacia mais elevado entre os profissionais de saúde (83,3%) e os profissionais administrativos (78,6%), o que poderá refletir maior familiaridade com os procedimentos institucionais e os enquadramentos legais. Esta disparidade reforça a necessidade de estratégias eficazes de comunicação e capacitação dirigidas aos utentes, promovendo uma cidadania mais ativa e informada no contexto do sistema de saúde.



DIREITO DE ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE

Os resultados obtidos revelam progressos em algumas dimensões da literacia em saúde, mas também apontam para persistentes fragilidades, tanto entre utentes como entre profissionais, em domínios centrais do direito de acesso aos cuidados de saúde.

De forma geral, 69,9% dos utentes apresentaram um nível de literacia “inadequado” ou “problemático” sobre o direito de acesso aos cuidados de saúde, valor ainda elevado, mas que representa uma melhoria face aos 94,7% registados em 2017. Já entre os profissionais, os níveis de literacia foram superiores nos profissionais de saúde, embora 39,3% continuem a apresentar conhecimento “insuficiente”, comparativamente aos 53,6% verificados em 2017. No caso dos profissionais administrativos, 51,9% registaram um nível “inadequado” ou “problemático” em 2024, refletindo também uma evolução positiva relativamente aos 73,4% observados em 2017. Estes resultados demonstram melhorias face ao estudo anterior, mas reforçam que o conhecimento sobre direitos fundamentais permanece insuficientemente consolidado, mesmo entre os próprios prestadores de cuidados de saúde.

No que se refere à possibilidade de escolha do centro de saúde no SNS, 23,8% dos utentes responderam corretamente, valor inferior ao observado em 2017 (menos 3,9 p.p.). Pelo contrário, os profissionais apresentaram um desempenho superior, com 70,4% dos profissionais de saúde e 63,3% dos administrativos a responderem corretamente — uma evolução positiva face a 2017, sobretudo nos profissionais de saúde (55,9% nesse ano).

Relativamente à possibilidade de nova triagem em serviços de urgência, tanto utentes como profissionais demonstraram desconhecimento: 35,1% dos utentes e 38,6% dos profissionais de saúde responderam corretamente. O nível de conhecimento foi ainda mais baixo entre os administrativos (24,3%).

A análise da questão sobre a transferência de hospitais privados para públicos indica uma redução significativa do conhecimento entre os utentes, com 45,3% a responderem corretamente, o que representa uma queda de 18,9 p.p. face a 2017. Entre os profissionais, também se registou uma diminuição do conhecimento, passando de 73,6% para 50,3% (profissionais de saúde) e de 61,7% para 37,0% (administrativos).

No que diz respeito ao tempo máximo para consultas em centro de saúde por motivos não agudos, 50,9% dos utentes deram a resposta correta. No entanto, os profissionais apresentaram valores mais baixos (41,8% nos profissionais de saúde e 37,5% nos administrativos), evidenciando lacunas inesperadas entre quem opera no sistema.

Já sobre o atendimento no próprio dia em casos de doença aguda, 70,8% dos utentes responderam corretamente, embora se observe uma redução de 8,8 p.p. face a 2017. Os profissionais também registaram um decréscimo, com 53,8% (saúde) e 51,8% (administrativos) a responderem corretamente.

Na questão relativa à existência de tempos máximos para consultas de especialidade e cirurgias no SNS, 33,0% dos utentes indicaram a opção correta. Embora tenha havido um ligeiro aumento face a 2017, as variações nas perguntas impedem uma comparação direta. Os profissionais mantêm um nível de conhecimento superior, mas ainda insuficiente, e os resultados indicam uma tendência de regressão, particularmente entre os administrativos.

Sobre o direito de conhecer a posição na lista de espera, 86,5% dos utentes responderam corretamente, resultado consistente com 2017. Este direito é também amplamente reconhecido entre os profissionais (84,5% nos de saúde e 81,4% nos administrativos), mantendo-se estável face ao estudo anterior.



Em contrapartida, a questão sobre a função do vale cirurgia revelou um desconhecimento total entre os utentes, com nenhum a responder corretamente. Entre os profissionais, os resultados foram mais positivos, com mais de 80% a responderem corretamente.

No que se refere ao acesso a cuidados de saúde por cidadãos estrangeiros em situação irregular, 64,6% dos utentes reconheceram corretamente este direito. Já entre os profissionais, 47,2% dos de saúde e 42,6% dos administrativos selecionaram a resposta correta, evidenciando um nível de conhecimento inferior ao dos utentes, o que levanta preocupações adicionais.

A isenção de encargos no transporte não urgente foi outro tema com fraco desempenho, com 15,5% dos utentes e menos de 13,0% dos profissionais a indicar corretamente as condições de isenção, revelando graves lacunas em todos os grupos.

Quanto ao acesso a cuidados de saúde programados noutros Estados-Membros da UE, os níveis de conhecimento foram muito baixos: 16,1% dos utentes, 9,3% dos profissionais de saúde e 6,0% dos administrativos selecionaram corretamente as opções relevantes.

A questão sobre se os cuidados prestados em entidades privadas ou sociais são pagos pelo Estado, revelou uma diminuição acentuada do conhecimento entre os utentes: 34,3% em 2024, contra 50,0% em 2017. Entre os profissionais, embora os valores sejam elevados (77,3% saúde; 74,6% administrativos), também se verificou uma ligeira regressão face a 2017, onde mais de 80% haviam respondido corretamente.

Por fim, no que respeita à proibição de recusa de cuidados com base na nacionalidade em hospitais privados, 63,9% dos utentes e 64,9% dos profissionais de saúde responderam corretamente, com os profissionais administrativos a registarem o melhor desempenho nesta questão.

DIREITO A CUIDADOS DE SAÚDE DE QUALIDADE

Entre os utentes, 56,4% identificaram corretamente que as clínicas privadas devem estar registadas na ERS. Entre os profissionais, mais de 80,0% conheciam essa obrigação, evidenciando um maior nível de literacia sobre este tema.

DIREITO À DECISÃO À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

A literacia em relação ao direito à decisão registou progressos face a 2017, embora persistam fragilidades em áreas-chave. Em 2024, 84,1% dos utentes apresentaram um nível de literacia “suficiente” ou “problemático”, refletindo uma melhoria global. Entre os profissionais, o nível de conhecimento foi mais elevado, sobretudo entre os de saúde (88,7%), em comparação com os administrativos (77,9%).

Destaca-se a evolução positiva no reconhecimento da obrigatoriedade do consentimento informado: 74,8% dos utentes responderam corretamente, face a 40,9% em 2017. Também os profissionais melhoraram: 57,0% dos de saúde (vs. 39,5%) e 46,2% dos administrativos (vs. 26,6%). Contudo, o conhecimento sobre a forma escrita do consentimento continua limitado, com 16,9% dos utentes a acertar (menos 3,1 p.p. que em 2017). Entre os profissionais, as melhorias foram marginais.

Quanto às situações em que um terceiro pode prestar consentimento, os resultados foram baixos em todos os grupos (12,7% utentes; 34,0% profissionais de saúde; 28,6% administrativos), revelando desconhecimento generalizado. Por outro lado, o direito à recusa de cuidados é reconhecido por 67,2% dos utentes e pela maioria dos profissionais (91,5% saúde; 86,2% administrativos).



O direito à segunda opinião médica apresentou uma das maiores melhorias: 89,5% dos utentes responderam corretamente (vs. 73,0% em 2017), com resultados elevados também entre os profissionais (acima de 90%, melhorando face a 2017).

Registou-se, no entanto, uma diminuição no conhecimento sobre o aviso do fim do plafond do seguro: os utentes desceram 8,4 p.p. e os profissionais registaram reduções ainda mais expressivas (15,8 p.p. entre os de saúde; 14,9 p.p. entre os administrativos).

Quanto ao consentimento em situações de emergência, 24,5% dos utentes responderam corretamente quanto ao consentimento presumido, contrastando com 76,1% dos profissionais de saúde e 58,8% dos administrativos. Já sobre publicidade a serviços de saúde, 47,3% dos utentes responderam corretamente, com melhor desempenho dos profissionais (58,6% saúde; 51,8% administrativos).

Relativamente às diretivas antecipadas de vontade, observou-se um retrocesso entre os utentes (36,2%, menos 21,5 p.p. face a 2017), contrastando com uma melhoria entre os profissionais: 86,5% dos de saúde (mais 8,3 p.p.) e 78,5% dos administrativos (mais 10,4 p.p.). Finalmente, quanto à possibilidade de fazer um testamento vital, 45,2% dos utentes responderam corretamente, valor inferior ao dos profissionais (68,6% saúde; 66,8% administrativos).

No geral, os resultados indicam progressos, mas evidenciam a necessidade de reforçar a informação e sensibilização sobre o direito à decisão, garantindo que tanto utentes como profissionais estejam mais bem preparados para tomar decisões informadas sobre a saúde.

DIREITO DE ACESSO À INFORMAÇÃO CLÍNICA E DIREITO À PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

No direito de acesso à informação clínica e proteção de dados, constata-se que o nível de literacia melhorou ligeiramente. Em 2024, 69,4% dos utentes reconheceram o direito de acesso aos dados do seu processo clínico, (que compara com os 61,4% obtidos em 2017). Contudo, o entendimento sobre o acesso por terceiros continua limitado (32,4%). Os profissionais de saúde exibiram um nível de literacia mais elevado, com 73,1% reconhecendo o direito de acesso aos dados do processo clínico, em comparação com 65,8% dos administrativos. Contudo, o entendimento sobre o acesso por terceiros permanece limitado em ambos os grupos.

DIREITO À ASSISTÊNCIA ESPIRITUAL E RELIGIOSA

A literacia sobre o direito à assistência espiritual e religiosa diminuiu entre os utentes (61,9% em 2024 vs. 76,1% em 2017) e entre os profissionais de saúde (78,7% em 2024 vs. 83,7% em 2017). Estas diminuições podem estar relacionadas com mudanças na formulação das questões ou na perceção dos utentes sobre a relevância do tema. Por outro lado, os administrativos demonstraram uma ligeira melhoria (67,5% em 2024 vs. 65,2% em 2017).



DIREITO AO ACOMPANHAMENTO

A análise dos resultados sobre o direito ao acompanhamento evidencia um conhecimento heterogêneo por parte dos utentes e uma tendência geral de diminuição do nível de literacia quando comparado com 2017. Em 2024, 58,2% dos utentes situaram-se entre os níveis “problemático” (36,9%) e “suficiente” (21,3%), com 22,4% a revelarem conhecimento “excelente”. Entre os profissionais, os resultados foram mais positivos, com 63,0% dos profissionais de saúde e 55,6% dos administrativos a registarem um nível de literacia “excelente”.

No que respeita ao acompanhamento em serviços de urgência, 45,2% dos utentes responderam corretamente, menos 13,4 p.p. do que em 2017. Entre os profissionais, também se registou uma quebra: 75,4% dos profissionais de saúde (menos 11,5 p.p.) e 68,5% dos administrativos (menos 13,3 p.p.) indicaram a resposta correta.

Relativamente ao acompanhamento da mulher grávida durante o parto, 26,6% dos utentes acertaram, representando uma diminuição de 28,6 p.p. face a 2017. Nos profissionais, 72,9% dos de saúde e 68,6% dos administrativos responderam corretamente, ainda assim com uma redução de 12,5 p.p. em ambos os grupos.

Quanto ao acompanhamento de crianças internadas, o conhecimento também foi reduzido: 20,2% dos utentes acertaram (menos 5,8 p.p. face a 2017), sendo que a maioria selecionou incorretamente a opção “sempre”. Entre os profissionais, 44,5% dos de saúde e 44,1% dos administrativos acertaram, com reduções de 15,2 p.p. e 12,0 p.p., respetivamente.

Já no caso do acompanhamento de pessoas com deficiência, dependência ou em fim de vida, os níveis de conhecimento foram mais elevados. 61,3% dos utentes deram a resposta correta, e os resultados foram ainda mais positivos entre os profissionais: 81,7% dos de saúde e 73,4% dos administrativos responderam corretamente, refletindo uma melhor compreensão deste direito específico.

No geral, os resultados revelam um recuo no conhecimento sobre o direito ao acompanhamento, especialmente entre os utentes, sendo evidente a necessidade de reforçar a divulgação deste direito, em particular nas áreas da maternidade, pediatria e urgência, onde a desinformação se mostrou mais acentuada.



DIREITOS DAS PESSOAS EM CONTEXTO DE DOENÇA AVANÇADA E EM FIM DE VIDA

A avaliação da literacia sobre estes direitos revelou que 41,2% dos utentes tinham conhecimento que, perante uma intervenção cirúrgica de risco, o consentimento deve ser dado por escrito e na presença de testemunhas. Entre os profissionais de saúde, a percentagem de respostas corretas foi superior (57,3%), seguida pelos profissionais administrativos (51,6%), evidenciando a necessidade de maior sensibilização sobre estas temáticas.

DIREITO A SER REPRESENTADO OU A CONSTITUIR ASSOCIAÇÕES DE DEFESA DOS SEUS DIREITOS

Os resultados revelaram um conhecimento limitado sobre estes direitos, com 29,8% dos utentes identificarem corretamente as funções que as associações de defesas dos seus direitos podem exercer, enquanto entre os profissionais administrativos o nível de conhecimento foi ligeiramente superior (33,3%). Os profissionais de saúde demonstraram um maior conhecimento, com 51,4% a selecionar a resposta correta, evidenciando uma diferença de 18,1 p.p. em relação aos administrativos.

Os resultados sugerem que é necessário reforçar a informação sobre a existência e o papel das associações de defesa dos utentes de saúde, incentivando uma maior participação da população na defesa dos seus direitos e na construção de políticas de saúde mais inclusivas.

DIREITO A RECLAMAR E APRESENTAR QUEIXA

Os utentes mostraram avanços pontuais, com 37,8% a identificarem corretamente os meios para reclamar, um aumento de 17,4 p.p. em relação a 2017. Contudo, o conhecimento sobre o Livro de Reclamações diminuiu (78,7% em 2024 vs. 90,0% em 2017). Entre os profissionais, os resultados obtidos pelos profissionais administrativos superaram os resultados dos profissionais de saúde neste tema (76,0% vs. 73,5%), mas ambos os grupos registaram uma diminuição no entendimento de procedimentos específicos, como a entrega do Livro de Reclamações.

Em síntese, os resultados revelaram avanços em algumas áreas, mas também a persistência de lacunas significativas, especificamente entre os utentes e os profissionais administrativos.



6 | CONCLUSÕES





6 | CONCLUSÕES

NÍVEL DE LITERACIA DOS UTENTES E PROFISSIONAIS

Os resultados do presente estudo apresentam o nível de literacia dos utentes e dos profissionais de saúde e administrativos em 11 temas específicos sobre direitos em saúde:

Conhecimento sobre a ERS;

Direito à proteção da saúde;

Direito de acesso a cuidados de saúde;

Direito a cuidados de saúde de qualidade;

Direito à decisão;

Direito de acesso à informação clínica e direito à proteção de dados pessoais;

Direito à assistência espiritual e religiosa;

Direito ao acompanhamento;

Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida;

Direito a ser representado ou a constituir associações de defesa dos seus direitos;

Direito a reclamar e apresentar queixa.

Dos resultados de avaliação do nível de literacia sobre os direitos dos utentes, em 2024 face a 2017, foi possível concluir que:

1 | os utentes apresentaram melhorias moderadas na literacia global, embora continue a predominar o nível “problemático”;

2 | os profissionais de saúde, apresentaram progressos evidentes na literacia global, com uma maior proporção de profissionais a alcançar níveis “suficientes” ou “excelentes” em 2024; e

3 | os profissionais administrativos exibiram um nível de literacia global com uma predominância no nível “suficiente”, ainda que tenham registado uma melhoria significativa em relação ao estudo anterior, continuando a apresentar desafios consideráveis.

Em termos comparativos, os profissionais de saúde continuam a evidenciar os níveis de literacia mais elevados, seguidos dos profissionais administrativos, sendo os utentes o grupo com maior necessidade de reforço da literacia em saúde.

Tendo em conta que o presente estudo integra ajustamentos face ao realizado em 2017, nomeadamente a inclusão de novas questões e a reformulação de conteúdos à luz da evolução legislativa, a comparabilidade direta é limitada. Ainda assim, subsistem áreas comuns que possibilitam uma análise comparativa (melhor descrita nas secções 4 e 5), apresentada de seguida.



RESULTADOS E ÁREAS CRÍTICAS

No que respeita ao **conhecimento autoavaliado sobre a ERS**, verificou-se uma ligeira melhoria entre os utentes, enquanto entre os profissionais de saúde e administrativos registou-se uma diminuição residual.

Relativamente aos direitos de **acesso aos cuidados de saúde**, os resultados evidenciaram avanços em alguns domínios e persistência de fragilidades noutros:

No conhecimento sobre a **escolha do centro de saúde**, os profissionais registaram melhorias, mas o nível de conhecimento entre os utentes manteve-se reduzido.

Sobre a **transferência hospitalar e o atendimento de doença aguda**, observou-se um recuo generalizado nos três grupos.

No tema dos **tempos máximos de resposta garantidos para consultas e cirurgias**, todos os grupos mantiveram níveis baixos de conhecimento, com uma ligeira melhoria entre os utentes.

O direito de conhecer a **posição na lista de espera** manteve-se elevado e estável em todos os grupos.

O conhecimento sobre o **pagamento de cuidados em prestadores privados com acordo com o SNS** diminuiu em todos os grupos, de forma mais acentuada entre os utentes.

O **consentimento informado** continua a ser um tema com baixo nível de conhecimento, embora se tenham verificado ligeiras melhorias entre os profissionais.

O **direito a segunda opinião médica** registou progressos significativos em todos os grupos.

O conhecimento sobre o plafond do **seguro em hospital privado** diminuiu em todos os grupos.

Relativamente ao **testamento vital**, verificou-se um recuo expressivo entre os utentes, contrastando com progressos significativos entre os profissionais de saúde e administrativos.

O conhecimento sobre a **propriedade e o acesso ao processo clínico** evoluiu positivamente e de forma consistente em todos os grupos.

No que respeita ao **direito à assistência religiosa**, registou-se um recuo entre os utentes e os profissionais de saúde, com ligeira melhoria entre os profissionais administrativos.

Nos **direitos de acompanhamento** (urgências, parto, crianças internadas), verificaram-se quebras generalizadas em todos os grupos, mais pronunciadas entre os utentes.



Quanto ao **direito à reclamação**, verificaram-se progressos nos níveis de conhecimento dos profissionais, enquanto entre os utentes se observou uma diminuição:

O conhecimento sobre a entrega do Livro de Reclamações diminuiu em todos os grupos, embora tenha permanecido elevado.

O conhecimento sobre os meios para apresentar reclamação aumentou em todos os grupos.

Em síntese, os progressos mais consistentes entre 2024 e 2017 verificaram-se na literacia global, no direito à segunda opinião médica, no processo clínico e nos meios de reclamação, com melhorias claras entre os profissionais e mais limitadas entre os utentes.

Por outro lado, os temas que registaram maior diminuição foram a transferência hospitalar, os direitos de acompanhamento (urgências, parto, crianças), o plafond do seguro e o direito à assistência religiosa – evidenciando a necessidade de um reforço informativo nestas áreas, particularmente dirigido aos utentes.



ORIENTAÇÕES REGULATÓRIAS PARA O REFORÇO DA LITERACIA EM DIREITOS DOS UTENTES

O presente estudo permitiu à ERS constatar que apesar de existirem melhorias a nível da literacia global, o nível de literacia em direitos dos utentes é, de forma geral, baixo, tanto entre os utentes como entre os profissionais do sistema de saúde. Foi ainda possível identificar os temas e áreas em que o conhecimento é mais deficitário, evidenciando a necessidade de reforçar estratégias de capacitação e disseminação de informação.

Neste contexto, este estudo constitui um importante barómetro para a ERS, ao permitir aferir as áreas prioritárias de intervenção e orientar futuras ações destinadas à promoção de uma maior literacia em direitos, ajustadas aos diferentes públicos-alvo. Com base nos resultados obtidos, a ERS reforçará as iniciativas já em curso e desenvolverá novas ações no âmbito das suas atribuições em matéria de proteção dos direitos e interesses legítimos dos utentes, alinhadas com as necessidades identificadas neste estudo. Entre essas ações destacam-se:

A monitorização contínua do nível de literacia, para orientar a realização de campanhas informativas, sessões de esclarecimento, alertas de supervisão e outras iniciativas de capacitação, adaptadas à realidade e perfil dos destinatários;

O reforço da colaboração e articulação com entidades relevantes para a divulgação de conteúdos sobre os direitos dos utentes, com enfoque nas áreas identificadas como críticas;

A realização de sondagens sobre a perceção e expectativas de utentes e prestadores, promovendo simultaneamente o conhecimento do papel regulador da ERS;

A criação e disponibilização de conteúdos mais acessíveis, simples e claros, incluindo materiais multimédia e interativos, organizados por temas e acompanhados de avaliações sumativas que facilitem a compreensão efetiva dos direitos e deveres no sistema de saúde;

A melhoria contínua dos canais de atendimento e resposta da ERS (presencial, telefónico, escrito e online), assegurando informação atualizada, compreensível e útil;

A permanente atualização da publicação “Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde”, promovendo a sua ampla disseminação entre utentes, profissionais e demais intervenientes no sistema de saúde;

A dinamização da área do utente no website institucional, com conteúdos em linguagem simples, apelativa e adaptada, bem como o alargamento das funcionalidades online e diversificação dos canais de comunicação;

A promoção da disponibilização multiplataforma de conteúdos pedagógicos orientados a diferentes públicos, que favoreçam uma abordagem acessível e efetiva às temáticas de direitos e deveres.



Importa sublinhar que um maior conhecimento dos seus direitos permite aos utentes exercerem-nos de forma mais plena e consciente, promovendo uma utilização mais informada e racional dos serviços de saúde.

Por outro lado, a constatação de que muitos profissionais detêm apenas um nível de conhecimento suficiente impõe uma reflexão estratégica, uma vez que estes constituem o principal elo de contacto com os utentes e são frequentemente o primeiro veículo de informação.

Assim, a ERS continuará a investir no reforço do conhecimento dos profissionais, contribuindo para um sistema de saúde mais equitativo, eficiente e centrado nas necessidades dos utentes.



Anexo I I



Anexo I |

I. Caracterização sociodemográfica

1 | Tipo de respondente

- 1.1 | ☐ Utente
- 1.2 | ☐ Profissional de saúde
- 1.3 | ☐ Profissional com funções administrativas na área da saúde

2 | Natureza do Estabelecimento:

- 2.1 | ☐ Estabelecimento público
 - 2.1.1 | ☐ de cuidados de saúde primários
 - 2.1.2 | ☐ com internamento (cuidados de saúde hospitalares)
 - 2.1.3 | ☐ de cuidados continuados ou paliativos
- 2.2 | ☐ Estabelecimento privado
 - 2.2.1 | ☐ de ambulatório
 - 2.2.2 | ☐ com internamento (cuidados de saúde hospitalares)
 - 2.2.3 | ☐ de cuidados continuados ou paliativos
- 2.3 | ☐ Estabelecimento social
 - 2.3.1 | ☐ de ambulatório
 - 2.3.2 | ☐ de cuidados de saúde hospitalares (cuidados de saúde hospitalares)
 - 2.3.3 | ☐ de cuidados continuados ou paliativos

3 | Concelho onde se situa o estabelecimento: _____

4 | Idade ____



5 | Género

- 5.1** | ☐ Feminino
5.2 | ☐ Masculino
5.3 | ☐ Outro
5.4 | ☐ Não pretendo responder

6 | Nível de educação

- 6.1** | ☐ Ensino básico
6.2 | ☐ Ensino secundário
6.3 | ☐ Licenciatura
6.4 | ☐ Mestrado ou Doutoramento

7 | Estado Civil

- 7.1** | ☐ Casado/Unido de Facto
7.2 | ☐ Solteiro
7.3 | ☐ Divorciado
7.4 | ☐ Viúvo

8 | Situação perante o trabalho (utente)

- 8.1** | ☐ Trabalhador por conta própria
8.2 | ☐ Trabalhador por conta de outrem
8.3 | ☐ Desempregado
8.4 | ☐ Estudante
8.5 | ☐ Reformado
8.6 | ☐ Outra

9 | Teve algum contacto com os serviços de saúde nos últimos 12 meses?

- 9.1** | ☐ Sim
9.2 | ☐ Não



10 | Se respondeu “Sim” na questão anterior, que motivos o levaram a contactar os serviços de saúde, nos últimos 12 meses?

- 10.1 |** ☐ Rotina/Prevenção
- 10.2 |** ☐ Episódio de doença
- 10.3 |** ☐ Doença crónica

11 | A que serviços de saúde recorreu?

- 11.1 |** ☐ Público (hospital ou centro de saúde)
- 11.2 |** ☐ Privado (hospital, clínica, consultório) ou social (misericórdia, ordem, IPSS)
- 11.3 |** ☐ Ambos

12 | Como avalia o seu estado de saúde atualmente?

- 12.1 |** ☐ Muito bom
- 12.2 |** ☐ Bom
- 12.3 |** ☐ Nem bom nem mau
- 12.4 |** ☐ Mau
- 12.5 |** ☐ Muito mau

13 | Tem algum seguro privado?

- 13.1 |** ☐ Sim
- 13.2 |** ☐ Não

14 | É beneficiário de um subsistema de saúde (exemplo, ADSE, ADM, SAMS, SAD GNR)?

- 14.1 |** ☐ Sim
- 14.2 |** ☐ Não

15 | Já consultou informação disponibilizada pela Entidade Reguladora da Saúde sobre direitos dos utentes, para apoio ao exercício das suas funções?

- 15.1 |** ☐ Sim
- 15.2 |** ☐ Não
- 15.3 |** ☐ Não sabe/Não responde



16 | Enquanto profissional de saúde ou com funções administrativas na área da saúde, já consultou informação disponibilizada pela Entidade Reguladora da Saúde para apoio na compreensão das suas obrigações profissionais?

16.1 | ☐ Sim

16.2 | ☐ Não

16.3 | ☐ Não sabe/Não responde

II. Entidade Reguladora da Saúde

17 | Qual é o seu grau de conhecimento sobre a Entidade Reguladora da Saúde (ERS)?

17.1 | ☐ Nenhum

17.2 | ☐ Baixo

17.3 | ☐ Médio

17.4 | ☐ Alto

17.5 | ☐ Muito alto

17.6 | ☐ Não sabe/Não responde

(só respondem às próximas questões quem indicou um nível de conhecimento igual ou superior a baixo)

18 | A ERS atua sobre a atividade:

18.1 | ☐ dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde públicos, privados, cooperativos e sociais

18.2 | ☐ dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde públicos, privados, cooperativos e sociais e do setor dos medicamentos

18.3 | ☐ dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde públicos, privados, cooperativos e sociais e dos profissionais de saúde

18.4 | ☐ dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde públicos, privados, cooperativos e sociais, do setor dos medicamentos e dos profissionais de saúde

18.5 | ☐ nenhuma das anteriores

18.6 | ☐ Não sabe/Não responde



19 | A ERS atua sobre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita:

(possibilidade de escolher mais do que uma opção)

19.1 | ☐ aos requisitos para o exercício da atividade

19.2 | ☐ ao direito de acesso aos cuidados de saúde e demais direitos e interesses legítimos dos utentes

19.3 | ☐ à legalidade e transparência das relações económicas

19.4 | ☐ à concorrência no setor da saúde

19.5 | ☐ todas as anteriores

19.6 | ☐ nenhuma das anteriores

19.7 | ☐ não sabe/não responde

20 | A ERS:

(possibilidade de escolher mais do que uma opção)

20.1 | ☐ faz e aprova regulamentos

20.2 | ☐ emite ordens, instruções e recomendações e aplica sanções aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde

20.3 | ☐ regista, licencia e fiscaliza os prestadores de cuidados de saúde

20.4 | ☐ aprecia reclamações, sugestões e elogios, acompanhando o seu seguimento

20.5 | ☐ produz estudos e relatórios, monitorizando o sistema de saúde

20.6 | ☐ aplica sanções disciplinares aos profissionais de saúde

20.7 | ☐ presta informação, orientação e apoio sobre direitos e interesses legítimos dos utentes

20.8 | ☐ atua como mediadora de conflitos entre estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e utentes

20.9 | ☐ Todas as anteriores

20.10 | ☐ Nenhuma das anteriores

20.11 | ☐ Não sabe/Não responde



III. Direito à proteção da saúde

a | O Serviço Nacional de Saúde

21 | Se for proposta uma cirurgia num hospital público, o utente pode optar por fazê-la num qualquer hospital privado, com o Estado a suportar os custos?

21.1 | ☐ Sempre

21.2 | ☐ Nunca

21.3 | ☐ Sim, sempre que o hospital privado tiver um acordo com o SNS

21.4 | ☐ Sim, se o hospital privado tiver um acordo com o SNS e o hospital público não reunir condições para efetuar a cirurgia

21.5 | ☐ Não sabe/ não responde

IV. Direito de acesso a cuidados de saúde

i | Regras de acesso a cuidados de saúde no SNS

22 | O utente pode escolher qualquer centro de saúde do SNS em situação não urgente?

22.1 | ☐ Sempre

22.2 | ☐ Nunca

22.3 | ☐ Sim, mas condicionado aos recursos e regras existentes

22.4 | ☐ Não sabe/não responde

23 | Quando um utente é triado no serviço de urgência de um hospital público, ultrapassado o tempo para ser atendido de acordo com a cor da pulseira atribuída, deve ser sujeito a nova triagem?

23.1 | ☐ Sim

23.2 | ☐ Não

23.3 | ☐ Não sabe/Não responde



24 | O utente internado num hospital privado pode ser transferido, por iniciativa própria, para um hospital público?

24.1 | ☒ Sim

24.2 | ☐ Apenas quando a condição clínica o justifique

24.3 | ☐ Não

24.4 | ☐ Não sabe/não responde

25 | Quando o utente pede a marcação de uma consulta num centro de saúde, por motivo não relacionado com doença aguda, há um tempo máximo para esta ser realizada?

25.1 | ☒ Sim

25.2 | ☐ Não

25.3 | ☐ Só se tiver médico de família

25.4 | ☐ Não sabe/não responde

26 | No caso de o utente apresentar sintomas de doença aguda (febre, vómitos, descompensação de doença crónica) e se dirigir ao centro de saúde tem de ser atendido?

26.1 | ☒ Sim, no próprio dia

26.2 | ☐ Sim, mas não existe um tempo máximo

26.3 | ☐ Não

26.4 | ☐ Só se tiver médico de família

26.5 | ☐ Só se houver vagas

26.6 | ☐ Não sabe/não responde

27 | Existe um tempo máximo para a realização de consultas de especialidade e cirurgias no SNS?

27.1 | ☒ Sim. Para ambas, dependendo da gravidade da situação

27.2 | ☐ Sim. Para ambas, dependendo da existência de lista de espera

27.3 | ☐ Sim. Para ambas

27.4 | ☐ Não

27.5 | ☐ Não sabe/Não responde



28 | O utente tem o direito de saber qual a sua posição na lista de espera no SNS (para consultas, cirurgia)?

28.1 | ☒ Sim

28.2 | ☐ Não

28.3 | ☐ Não Sabe/não responde

29 | Para que serve o vale cirurgia?

(possibilidade de escolher mais do que uma opção)

29.1 | ☐ Documento para poder realizar um exame numa unidade privada

29.2 | ☐ Documento para ser transferido para uma unidade privada

29.3 | ☒ Documento para poder realizar uma cirurgia num hospital privado ou social convencionados

29.4 | ☐ Não sabe/não responde

29.5 | ☐ Documento para poder realizar uma cirurgia num hospital público com disponibilidade para receber utentes por transferência

30 | Se um cidadão estrangeiro não possuir uma autorização de permanência ou residência ou estiver em situação irregular, tem direito de acesso a cuidados de saúde no SNS?

30.1 | ☒ Sim

30.2 | ☐ Não

30.3 | ☐ Só cuidados de saúde urgentes

30.4 | ☐ Não Sabe/não responde

ii | O transporte de utentes

31 | Em que condições é que o transporte não urgente está isento de encargos para o utente?

(nota: pode seleccionar mais que uma opção)

31.1 | ☒ quando o utente tem insuficiência económica e a sua situação clínica o justifique

31.2 | ☐ em casos de necessidade justificada de prestação de cuidados de saúde de forma prolongada e continuada

31.3 | ☐ quando o utente tem insuficiência económica

31.4 | ☐ nenhuma das anteriores

31.5 | ☐ não sabe/não responde



iii | Acesso a cuidados de saúde no estrangeiro

32 | Que tipos de cuidados de saúde estão abrangidos pelos regimes de acesso a cuidados de saúde programados noutro Estado Membro da União Europeia?

32.1 | ☐ Cuidados de saúde prestados de nível primário/hospitalar

32.2 | ☐ Cuidados de saúde continuados

32.3 | ☐ Plano Nacional de Vacinação

32.4 | ☐ Dispensa e fornecimento de medicamentos e dispositivos médicos

32.5 | ☐ Não sabe/não responde

iv | Acesso a cuidados de saúde fora do âmbito do SNS

33 | Se recorrer a um prestador do setor privado ou social, os cuidados de saúde são pagos pelo Estado?

33.1 | ☐ Sim, sempre

33.2 | ☐ Nunca

33.3 | ☐ Sim, com credencial (P1) do centro de saúde e em qualquer prestador privado ou social

33.4 | ☐ Sim, com credencial (P1) do centro de saúde e se o prestador tiver acordo com o SNS

33.5 | ☐ Não sabe/não responde

v | A igualdade no acesso aos cuidados de saúde

34 | O acesso a cuidados de saúde num hospital privado, pode ser recusado em função da nacionalidade do utente?

34.1 | ☐ Sim

34.2 | ☐ Não

34.3 | ☐ Sim, mas só se não forem cidadãos da União Europeia

34.4 | ☐ Não sabe/Não responde



V. Direito a cuidados de saúde de qualidade

35 | Para poder prestar cuidados de saúde, uma clínica privada tem de estar registada na Entidade Reguladora de Saúde?

35.1 | ☒ Sim

35.2 | ☐ Não

35.3 | ☐ Sim, mas apenas se tiver convenção com o SNS

35.4 | ☐ Não sabe/não responde

VI. Direito à decisão

i | Direito à decisão livre e informada: consentimento e recusa

36 | O consentimento informado é sempre necessário para qualquer cuidado de saúde?

36.1 | ☒ Sim

36.2 | ☐ Não

36.3 | ☐ Só é necessário para alguns atos

36.4 | ☐ Não sabe/não responde

37 | O consentimento informado tem sempre de ser dado por escrito?

37.1 | ☐ Sim

37.2 | ☒ Não

37.3 | ☐ Sim, mas apenas para cirurgias

37.4 | ☐ Não sabe/não responde



38 | Em que situações pode um terceiro prestar o consentimento pelo utente?

(Pode assinalar várias hipóteses)

38.1 | ☐ Em todas as situações

38.2 | ☐ Só para alguns atos e tipo de doenças

38.3 | ☒ Só se o utente for menor e o terceiro estiver a exercer as responsabilidades parentais

38.4 | ☒ Só se tiver sido designado pelo Tribunal como acompanhante do utente adulto e tiver essa competência definida na decisão judicial

38.5 | ☒ Se for procurador para cuidados de saúde

38.6 | ☐ Em nenhuma situação

38.7 | ☐ Não sabe/não responde

39 | Quando um médico propõe uma cirurgia para resolver um problema grave de saúde, o utente:

39.1 | ☐ Não pode recusar

39.2 | ☐ Só pode recusar com fundamento válido

39.3 | ☐ Só pode recusar se pedir nova avaliação médica e esta não confirmar a proposta inicial

39.4 | ☒ Pode recusar, mesmo que isso o prejudique

39.5 | ☐ Não sabe/não responde

40 | O utente tem direito a pedir uma segunda opinião médica?

40.1 | ☒ Sim

40.2 | ☐ Não

40.3 | ☐ Sim, em situações clínicas específicas

40.4 | ☐ Sim, desde que apresente justificação válida

40.5 | ☐ Não sabe/não responde

41 | Se um utente estiver internado num hospital privado, deve ser avisado quando o plafond do seu seguro acabar?

41.1 | ☒ Sim

41.2 | ☐ Não

41.3 | ☐ Sim, mas tem de perguntar

41.4 | ☐ Não sabe/não responde



ii | Casos especiais: Urgência e consentimento presumido; Menores de idade; Maiores de idade acompanhados

42 | Quando um utente entra inconsciente numa urgência e necessita de uma cirurgia imediata, para afastar um perigo grave para o seu corpo ou saúde, o consentimento para esta:

- 42.1 |** ☐ Deve ser dado por um familiar
- 42.2 |** ☐ Deve ser dado pelo Diretor Clínico do Hospital
- 42.3 |** ☐ Nunca é necessário
- 42.4 |** ☐ Pode ser presumido pelo médico responsável, desde que não exista nenhuma informação ou testamento vital que indique que o utente recusaria a cirurgia em causa
- 42.5 |** ☐ Não sabe/não responde

iii | Publicidade em saúde

43 | Um hospital pode fazer publicidade a serviços de saúde?

- 43.1 |** ☐ Sim, desde que a informação seja verdadeira, completa e lícita
- 43.2 |** ☐ Não
- 43.3 |** ☐ Sim, mas só para medicina dentária
- 43.4 |** ☐ Sim, mas só se for no âmbito de um sorteio ou prémio
- 43.5 |** ☐ Sim, mas só se for um hospital privado
- 43.6 |** ☐ Não sabe/não responde

iv | Diretivas antecipadas de vontade e Procuradores de Saúde

44 | O que é o testamento vital? Selecione a opção correta:

(nota: apenas pode selecionar uma opção)

- 44.1 |** ☐ Documento onde uma pessoa maior de idade indica quais os cuidados de saúde quer ou não receber, caso se encontre incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente
- 44.2 |** ☐ Documento onde uma pessoa maior de idade indica se pretende doar os seus órgãos
- 44.3 |** ☐ Documento onde uma pessoa maior de idade escolhe o seu médico assistente
- 44.4 |** ☐ Não sabe/Não responde



45 | Qualquer pessoa que se encontre capaz de dar o seu consentimento consciente, livre e esclarecido pode fazer um testamento vital?

45.1 | ☒ Sim, desde que seja efetuada por cidadãos, maiores de idade, nacionais ou estrangeiros e apátridas residentes em Portugal

45.2 | ☐ Sim, desde que cidadão nacional, maior de idade

45.3 | ☐ Sim, desde que residente em Portugal, maior de idade

45.4 | ☐ Não sabe/Não responde

VII. Direito de acesso à informação clínica e direito à proteção de dados pessoais

46 | O processo clínico é propriedade de quem?

46.1 | ☒ Utente

46.2 | ☐ Médico

46.3 | ☐ Prestador

46.4 | ☐ Estado

46.5 | ☐ Não sabe/Não responde

47 | O utente pode aceder livremente aos dados do seu processo clínico?

47.1 | ☒ Sim

47.2 | ☐ Apenas em situações específicas

47.3 | ☐ Não

47.4 | ☐ Não sabe/Não responde

48 | Pode uma terceira pessoa que não seja profissional de saúde ter acesso ao processo clínico de um utente?

48.1 | ☒ Sim, se devidamente autorizada para o efeito

48.2 | ☐ Sim, se provar que é familiar do utente

48.3 | ☐ Não

48.4 | ☐ Não sabe/Não responde



VIII. Direito à assistência espiritual e religiosa

49 | Se estiver internado num hospital do SNS tem sempre direito a assistência religiosa?

49.1 | ☐ Não

49.2 | ☒ Sim

49.3 | ☐ Não, depende da religião

49.4 | ☐ Não sabe/não responde

IX. Direito ao acompanhamento

50 | Nos serviços de urgência do SNS o utente pode ter um acompanhante?

50.1 | ☐ Sim, sempre

50.2 | ☒ Sim, desde que não prejudique a eficácia e correção dos cuidados

50.3 | ☐ Não

50.4 | ☐ Não sabe/Não responde

51 | Uma mulher grávida tem direito ao acompanhamento em todas as fases do parto?

51.1 | ☐ Sim, sempre

51.2 | ☐ Nunca

51.3 | ☒ Sim, exceto em situações clínicas graves ou para garantia da privacidade das outras grávidas

51.4 | ☐ Não sabe/Não responde

52 | As crianças internadas têm direito ao acompanhamento?

52.1 | ☐ Sempre

52.2 | ☒ Sim, desde que não prejudique a eficácia e a correção dos cuidados

52.3 | ☐ Não

52.4 | ☐ Não sabe/Não responde



53 | As pessoas com deficiência ou em situação de dependência, com doença incurável em estado avançado e as pessoas em estado final de vida, internadas em estabelecimento de saúde, têm direito ao acompanhamento permanente em qual das seguintes opções?

53.1 | ☐ Apenas por um profissional de saúde designado pelo estabelecimento

53.2 | ☐ Por um ascendente, descendente, cônjuge ou equiparado e, na ausência ou impedimento destes ou por sua vontade, de pessoa por si designada

53.3 | ☐ Não têm direito a acompanhamento permanente

53.4 | ☐ Não sabe/Não responde

X. Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida

54 | Um utente com doença avançada e em fim de vida, a quem seja proposta uma intervenção cirúrgica que pode pôr em causa a sua vida, deve prestar consentimento?

54.1 | ☐ Sim, mas deve ser por escrito e perante duas testemunhas

54.2 | ☐ Não é necessário, o médico é que decide o que é melhor

54.3 | ☐ Sim, mas pode ser verbal

54.4 | ☐ Não, tem de ser um familiar a decidir

54.5 | ☐ Não sabe/Não responde

XI. Direito a ser representado ou a constituir associações de defesa dos seus direitos

55 | As associações de defesa dos utentes podem:

55.1 | ☐ participar em processos legislativos sobre a política de saúde

55.2 | ☐ beneficiar de direito de antena nos serviços públicos de rádio e televisão

55.3 | ☐ iniciar e intervir em processos judiciais e em procedimentos administrativos quanto a interesses dos seus associados, nos termos da lei

55.4 | ☐ todas as anteriores

55.5 | ☐ nenhuma das anteriores

55.6 | ☐ Não sabe/Não responde



XII. Direito a reclamar e apresentar queixa

56 | Quem pode reclamar contra um prestador de cuidados de saúde? Selecione a opção mais correta: (nota: apenas pode selecionar uma opção)

- 56.1 |** ☐ Utente
- 56.2 |** ☐ Acompanhante do utente
- 56.3 |** ☒ Qualquer pessoa
- 56.4 |** ☐ Não sabe/não responde

57 | A entrega imediata do Livro de Reclamações pode ser recusada?

- 57.1 |** ☐ Sim
- 57.2 |** ☐ Sim, se o reclamante não apresentar o seu documento de identificação civil
- 57.3 |** ☐ Sim, se o Livro estiver noutra divisão do estabelecimento
- 57.4 |** ☒ Não
- 57.5 |** ☐ Não Sabe/Não responde

58 | Na análise de reclamações, excluem-se das competências da Entidade Reguladora da Saúde os seguintes temas: (nota: pode selecionar mais que uma opção)

- 58.1 |** ☐ Acesso aos cuidados de saúde
- 58.2 |** ☐ Tempos de espera para acesso a cuidados de saúde
- 58.3 |** ☒ Infrações disciplinares de profissionais de saúde
- 58.4 |** ☒ Publicidade a medicamentos e dispositivos médicos
- 58.5 |** ☐ Todas as anteriores
- 58.6 |** ☐ Nenhuma das anteriores
- 58.7 |** ☐ Não sabe/Não responde



59 | Quais os meios disponíveis para reclamar? Selecione a(s) opção(ões) correta(s):

(nota: pode selecionar mais que uma opção)

59.1 | ☐ Junto do prestador, no Livro de Reclamações que existe no estabelecimento

59.2 | ☐ Através da plataforma digital do Livro de Reclamações Eletrónico (LRE), quando aplicável

59.3 | ☐ Junto da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), no seu website, por e-mail ou carta

59.4 | ☐ Junto do Prestador, no seu website, por e-mail ou carta

59.5 | ☐ Nenhuma das anteriores

59.6 | ☐ Não sabe/não responde



ERS

ENTIDADE
REGULADORA
DA SAÚDE

Rua S. João de Brito, 621 L32
4100-455 Porto

tlf. 222 092 350 | fax: 222 092 351

geral@ers.pt | www.ers.pt