

**DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA
ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE
(VERSÃO NÃO CONFIDENCIAL)**

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), nos termos do n.º 1 do artigo 4.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde nos setores privado, público, cooperativo e social;

Considerando as atribuições da ERS conferidas pelo artigo 5.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Considerando os objetivos da atividade reguladora da ERS estabelecidos no artigo 10.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Considerando os poderes de supervisão da ERS estabelecidos no artigo 19.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Visto o processo registado sob o n.º ERS/048/2021;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento, em 26 de julho de 2021, da reclamação subscrita por T.S, visando a atuação da entidade Venerável Ordem Terceira de São Francisco da Cidade, entidade inscrita no SRER da ERS sob o n.º 16184.
2. Na referida reclamação, à qual foi atribuída o número REC/53369/2021, alega a exponente, em suma, que o Hospital da Ordem Terceira Chiado (HOTC), estabelecimento prestador de cuidados de saúde convencionado com o SNS, exige

o pagamento de valor inerente a “*sedação*” para a realização de endoscopia digestiva alta, alegando tal obrigatoriedade por força da pandemia COVID-19.

3. Face à necessidade de uma averiguação dos factos relatados, ao abrigo das atribuições e competências da ERS, o respetivo Conselho de Administração deliberou, por despacho de 20 de agosto de 2021, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/048/2021, com o intuito de apurar se a entidade visada estaria a desrespeitar o regime jurídico das taxas moderadoras e os regimes especiais de benefícios, provocando constrangimentos no direito de acesso dos utentes aos cuidados de saúde prestados pelo SNS, e, bem assim, averiguar se a mesma entidade estará a incumprir os termos do contrato de convenção celebrado com o SNS.

I.2. Diligências

4. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:
 - (i) Pesquisa no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS relativa à inscrição da Venerável Ordem Terceira de São Francisco da Cidade, constatando-se que a mesma é uma entidade prestadora de cuidados de saúde inscrita no SRER da ERS sob o n.º 16184, e ao registo do estabelecimento prestador de cuidados de saúde, HOTC, por si explorado, por sua vez registado sob o n.º 109528;
 - (ii) Consulta da lista de prestadores convencionados com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), disponível na página de endereço eletrónico da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.¹ (doravante ARS LVT);
 - (iii) Notificação de abertura de processo de inquérito enviada à exponente em 30 de agosto de 2021;
 - (iv) Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos enviado ao prestador em 30 de agosto de 2021, e análise da resposta datada de 13 de setembro de 2021.

¹ In: <https://www.arslvt.min-saude.pt/pages/9>.

II. DOS FACTOS

II.1. Do teor da reclamação apresentada pela utente T.S.

5. Concretamente, cumpre destacar os seguintes factos alegados pela exponente na sua reclamação:

“[...]

Entidades reclamadas (Lisboa):

- 1) <https://www.arslvt.min-saude.pt>
- 2) <https://hotc.pt/contactos/>

Eu [T.S.] sou doente crónica tenho 71% de incapacidade permanente e definitiva. Sou ainda paciente de risco familiar de cancro intestinal. Tenho estado bastante mal. Nos cuidados de saúde primários foi solicitada, entre outros exames, ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA. Quase não há prestadores para esta especialidade e os supra indicados EXIGIRAM o pagamento de c. 80 euros para fazer o exame com "sedação" com o justificativo de ser "por causa do Covid". No HOTC também cobram valor idêntico. Estou integralmente vacinada e, embora possa ser portadora, também posso contrair. O risco é mútuo. Ou isto é apenas uma estratégia para sacar dinheiro directamente aos cidadãos, agora isentos de taxas moderadoras, ou é incúria, desleixo, descaso por parte do SNS/ARLVT que não permite que se efectuem estes exames com a referida sedação incluída nas credenciais e devidamente comparticipada. Em todo o caso, é imoral. Os hospitais públicos de Lisboa não funcionam nesta matéria não querem aceitar doentes que não estejam, literalmente, "a morrer" e está tudo nestes inqualificáveis termos. [...]"

6. Em resposta à referida reclamação, o HOTC, por ofício de 6 de agosto de 2021, remeteu as seguintes alegações:

“[...] Na sequência da sua exposição à ERS, rececionada neste Hospital da Ordem Terceira Chiado (HOTC) em 26/07/2021 e que nos mereceu leitura atenta, vimos por este meio referir-lhe:

O Hospital da Ordem Terceira Chiado ao contrário de muitas outras entidades privadas aceita fazer Endoscopias/Colonoscopias pelo SNS.

Neste momento e dado a conjuntura atual (Pandemia Covid 19) o HOTC só realiza Endoscopias sob anestesia, que não é comparticipada pelo SNS e como tal é paga à parte.

Em anexo segue recomendação do Colégio de Anestesiologia.

Pode consultar o comunicado da SPG (Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia) de 04/05/2020, a Norma n.º 012/2020 de 06/05/2020 da DGS atualizada a 14/05 e Norma n.º 019/2020 de 26/10/2020 da DGS.

O valor da Anestesia no HOTC é de 85,00 € (oitenta e cinco euros). [...]

7. Em anexo, a entidade juntou a recomendação do Colégio de Anestesiologia, de 6 de maio de 2020, com o assunto “*Retoma da atividade clínica – recomendações*”, com o seguinte teor:

“[...] A propósito do assunto em epígrafe, vem a Direção do Colégio de Anestesiologia propor as seguintes recomendações:

1. *A retoma da atividade cirúrgica e anestésica no âmbito da medicina do peri-operatório, bem como a realização de meios complementares de diagnóstico e/ou terapêutica (MCDT) deve ocorrer de forma faseada, de acordo com prioridades definidas por cada Instituição, salvaguardando os critérios epidemiológicos regionais no que concerne à fase da pandemia por Covid-19.*

2. *Os procedimentos realizados pelo Anestesiologista são, de forma real ou potencial, geradores de aerossóis, pelo que, em contexto de pandemia, o teste de rastreio ao SARS-CoV-2 torna-se uma rotina obrigatória para todos os doentes que a eles sejam submetidos. Isto inclui todos os doentes com atos realizados por Anestesiologista, seja qual for o procedimento para o qual são propostos, em qualquer contexto de prestação de cuidados de saúde, de cariz público ou privado (Blocos Operatórios, Unidades de Cirurgia de Ambulatório e locais de realização de MCDT).*

3. *As instituições hospitalares devem definir circuitos próprios para a abordagem de doentes infectados por SARS-CoV-2 e doentes não infectados.*

4. *É imperativa a disponibilidade de equipamentos de proteção individual (EPI) adequados, testes de rastreio, bem como de recursos humanos no que concerne à Anestesiologia.*

a) Todos os doentes propostos para a cirurgia programada, em regime de ambulatório ou de internamento, ou para realização de MCDT, devem ser objeto de rigorosa avaliação pré-procedimento, de forma a despistar casos de Covid-19 através de realização de:

1. Questionário de avaliação obtido por contacto telefónico 48 a 72 horas antes da cirurgia, que inclua:

a. identificação de exposição a doentes infectados por SARS-CoV-2 nos 14 dias que antecedem a cirurgia ou MCDT;

b. sintomas de febre, tosse, dispneia, arrepios, mialgias, cefaleias, odinofagia, alterações de olfato/paladar ou gastrointestinais, nos 14 dias que antecedem o procedimento;

2. Teste de rastreio ao SARS-CoV-2, idealmente nas 24 a 48 horas que antecedem a cirurgia ou MCDT e nunca num período superior a 7 dias;

3. Compromisso de isolamento social evitando comportamentos de risco, nos 14 dias que antecedem o procedimento proposto. Esta informação deve ser fornecida ao doente por escrito (preferencialmente via correio electrónico) e deve, também, constar no documento do consentimento informado;

4. A consulta de anestesia deve ser realizada, sempre que possível, de forma não presencial (por teleconsulta, idealmente por videochamada) de modo a permitir uma avaliação sumária da via aérea e do biótipo dos doentes, com colheita de alguma informação adicional. Devem ser estabelecidos critérios para a avaliação em consulta presencial, nomeadamente quando exista impossibilidade de realização de teleconsulta, patologia associada grave e/ou suspeita de via aérea difícil. No caso de consulta presencial recomenda-se que esta seja efetuada no mesmo dia da realização do teste de rastreio ao SARS-CoV-2, de modo a evitar idas desnecessárias ao Hospital.

B) A admissão pré-procedimento deve ser feita no dia do mesmo, se possível, de forma a reduzir o tempo de internamento ao mínimo necessário. Esta fase deve incluir:

1. Confirmação de questionário, sintomático e epidemiológico, compatível com doente não suspeito de infeção COVID-19;

2. Avaliação de temperatura corporal (se temperatura periférica > 37,0° C deve ser suspensa a cirurgia e encaminhado o doente para despiste de COVID-19, de acordo com o protocolo institucional);

3. Confirmação de que o teste de rastreio ao SARS-CoV-2 é negativo;

4. Colocação de máscara cirúrgica no doente, a partir do momento em que este entra na unidade de saúde e durante todo o período de estadia na mesma;

5. Não será permitida a entrada de acompanhante, salvo em casos especiais (como por exemplo, menores ou doentes portadores de deficiência). Nestes casos, o acompanhante deverá também ser testado.

C) No Bloco Operatório ou sala de MCDT, já que podemos estar na presença de falsos negativos em doentes assintomáticos:

- Todos os profissionais de saúde devem estar protegidos com máscara cirúrgica e óculos de proteção ou viseira;
- Antes e durante a realização de procedimentos com maior risco de aerossolização (manipulação da via aérea, intubação traqueal, traqueotomia, cirurgia oro-nasal, endoscopia, broncoscopia, etc.), os profissionais de saúde envolvidos devem estar protegidos com máscara FFP2 ou FFP3, proteção ocular, luvas duplas, cógula e bata impermeável;
- Durante a abordagem da via aérea, o número de profissionais na sala operatória deve estar limitado à equipa anestésica, sendo que a restante equipa deverá aguardar o tempo necessário à renovação completa de ar, para entrar na sala operatória;
- Em todas as salas operatórias está recomendada a colocação de um filtro HEPA no ramo expiratório do circuito ventilatório. As traqueias e o respectivo filtro HEPA devem ser substituídos no final do dia;
- Os doentes devem circular sempre com máscara cirúrgica, mesmo quando necessitem de oxigenoterapia com baixos fluxos.

De forma a garantir a segurança de profissionais e doentes é importante que se criem as seguintes adaptações estruturais:

- Nos Blocos Operatórios devem existir salas dedicadas ao tratamento de doentes infetados por SARS-CoV-2, com circuitos bem definidos e identificados para tal. Além disso, é fundamental que seja realizada uma avaliação técnica das condições de pressão e ventilação (número de renovações de ar por hora) de todas as salas dos Blocos Operatórios e de todos os outros serviços onde se realizem atos anestésicos;
- Nas Unidades de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) o espaçamento entre camas ou cadeirões deverá ser de 2 metros.

D) Todos os doentes propostos para cirurgia não urgente/emergente ou para realização de MCDT não urgentes com apoio de Anestesia (nomeadamente exames de gastroenterologia, broncoscopia, imagiologia) com teste positivo para SARS-CoV-2, devem ser adiados até total recuperação clínica funcional e até serem obtidos 2 testes negativos com intervalo mínimo de 24 horas, tendo em conta o maior risco de morbi-mortalidade e de contaminação de outros doentes e profissionais de saúde.

E) Toda esta dinâmica proposta implica que o planeamento cirúrgico (ou dos MCDT) e a convocatória dos doentes, cumpra uma antecedência mínima de 14 dias.

Esta informação complementa outras recomendações divulgadas por esta Direção Colegial. [...]

II.2. Do pedido de elementos enviado ao prestador HOTC e da resposta por este concedida.

8. Assim, para esclarecimento cabal dos factos alegados foi remetido ao prestador, em 30 de agosto de 2021, o seguinte pedido de elementos:

“[...]

1. *Que se pronunciem, detalhadamente, sobre todo o conteúdo da referida reclamação e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes sobre a situação da utente, acompanhado de toda a documentação de suporte;*
2. *Que confirmem se a utente solicitou a prestação de cuidados de saúde em causa no âmbito do Serviço Nacional de Saúde;*
3. *Que informem se a utente chegou a realizar a endoscopia digestiva alta no prestador;*
4. *Em caso afirmativo, remetam cópia da fatura/recibo que terá sido emitida em nome da utente, com a cobrança de valores respeitantes a anestesia;*
5. *Que enviem cópia de todos os acordos e convenções celebrados pela entidade Venerável Ordem Terceira de São Francisco da Cidade, com o Serviço Nacional de Saúde para a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários deste, bem como das normas de adesão, respetiva(s) ficha(s) técnica(s) atualizada(s) e demais documentação relevante para a aferição do âmbito, objeto e condições*

aplicáveis à(s) convenção(ões), indicando se em algum momento foi suspensa a vigência dos mesmos;

6. *Que enviem o(s) documento(s) em que se encontram descritos a(s) norma(s) e/ou os procedimentos internos dos V. estabelecimentos para a realização do referido MCDT;*
 7. *Que remetam quaisquer outros elementos, documentos ou esclarecimentos adicionais que V. Exas. considerem relevantes para o completo esclarecimento da situação em apreço. [...]”.*
9. Nessa sequência, por ofício datado de 13 de setembro de 2021, veio a entidade prestar os seguintes esclarecimentos:

“[...]

Acusamos a receção da Reclamação inserida no sistema da ERS com o número O.ERS/048/2021, apresentada pela [T.S.].

Em resposta à mesma cumpre-nos informar o seguinte:

No serviço de Gastrenterologia do Hospital da Ordem Terceira Chiado, temos estado a realizar exames endoscópicos (Endoscopia Digestiva Alta e Colonoscopia) a doentes Covid-19 negativo, sob sedação profunda assistida por médico anestesista.

De acordo com o contrato público de aprovisionamento 2015105/981/0047 de 25/09/2015 entre a ACSS e a Venerável Ordem Terceira de São Francisco da Cidade, a anestesia faz parte do pacote procedimentos apenas para a colonoscopia mas não para a endoscopia digestiva alta.

Com o citado na exposição realizada pela [T.S] o facto da credencial para a endoscopia digestiva alta não incluir a sedação e não ser comparticipada pelo SNS não é responsabilidade do Hospital da Ordem Terceira.

No nosso serviço procedemos à realização do inquérito Covid-19 vinte e quatro horas antes do exame, na admissão do doente no dia do exame e 7 e 14 dias após o exame como o então padronizado.

Usamos e temos especial atenção ao cumprimento das normas no que diz respeito aos EPI's tanto para o pessoal do serviço como para os doentes, limpeza e desinfeção dos espaços, nomeadamente sala de exames endoscópicos e recobro.

Na tentativa de reduzir ao mínimo a possibilidade de propagação da Covid-19, tanto para os outros utentes como para os Funcionários do hospital, temos pedido aos

doentes, que vêm realizar exames endoscópicos neste serviço, o teste RT-PCR para deteção do SARS-Cov-2, nas 24 a 72 horas antes do exame. Caso o resultado do teste seja inconclusivo ou positivo não se realiza o exame.

Só assim conseguimos, até agora, sermos uma unidade "Covid free" proporcionando um elevado nível de segurança e confiança aos doentes que nos tem procurado.

No que diz respeito à nossa exigência do teste RT-PCR para a deteção do SARS-Cov-2 até a presente data, temos a referir que, ao contrário do que se passava, temos atualmente todo o pessoal do hospital com vacinação completa e uma alta taxa de vacinação completa na população em geral.

Como afirma, e bem, a [T.S.] na sua exposição ao Hospital da Ordem Terceira Chiado, em 26/07/2021, o facto de estar "integralmente vacinada e embora possa ser portadora, também posso contrair. O risco é mútuo."

Como consta na Estratégia nacional de Testes para SARS-Cov2 da Norma 19/2020 de 26/10/2020 da DGS, antes da realização de procedimentos geradores de aerossóis (como a colonoscopia e principalmente a endoscopia digestiva alta) dever-se-ia realizar o teste molecular SARS-Cov2.

De acordo com as recomendações sobre a retoma da atividade clínica editadas em 19/05/2020 do Colégio de Anestesiologia: "Todos os doentes propostos ...ou para realização de MCDT, devem ser objeto de rigorosa avaliação pré-procedimento, de forma a despistar casos de Covid-19 como por exemplo, através de teste de rastreio ao SARS-Cov2, idealmente nas 24 a 48 horas que antecedem a cirurgia ou MCDT.

Sendo a endoscopia digestiva alta um procedimento de alto risco pela proximidade das vias aéreas, se o doente estiver sedado há uma franca diminuição do reflexo glossofaríngeo, conseqüentemente uma diminuição da tosse, da sensação de vómito, reflexo da deglutição e com isso uma significativa redução da produção de aerossóis.

Como consta da Norma 012/2020 de 06/05/2020 atualizada a 14/05/2020 da DGS: "A Covid19 apresenta sintomatologia do aparelho digestivo até cerca de 50% dos casos com diarreia, anorexia, náuseas, vómitos e dor abdominal. Cerca de 15-50% podem revelar alterações das provas hepáticas. O vírus SARS-Cov-2 tem sido identificado nas fezes, pelo que existe possibilidade de transmissão fecal oral.

A realização dos procedimentos endoscópicos no tubo digestivo alto, pela sua proximidade com a via aérea, contacto com secreções contaminadas (nasofaringe e

orofaringe) e a geração de aerossóis, é considerada de risco, por representar uma potencial via de transmissão.

A forte possibilidade de transmissão fecal-oral pode também tornar a endoscopia baixa (colonoscopia) uma via de disseminação viral. Existe formação de aerossóis, não só durante os exames endoscópicos no tubo digestivo alto, como também nos reprocessamentos dos aparelhos entre os exames.

Baseado nas novas evidências sobre a doença na norma 019/2020 de 26/10/2020 com atualização a 22/06/2021 da DGS, os exames endoscópicos do aparelho digestivo já não aparecem como considerados procedimentos geradores de aerossóis de alto risco.

Temos tentado proceder, como no contexto atual, ao levantamento progressivo das restrições (já temos aceite testes rápidos de Antígeno (TRAg) em doentes com certificado de vacinação), já que temos tido vários casos de doentes assintomáticos com e sem vacinação que fizeram o teste com o simples objetivo de realizar exames endoscópicos que não foram efetuados porque os doentes testaram positivo.

Desta forma temos conseguido evitar a disseminação da doença entre os outros utentes bem como entre o grupo de trabalho.

Quanto às questões que nos colocaram, não podemos confirmar se a utente solicitou a prestação de cuidados de saúde em causa no âmbito do Serviço nacional de Saúde, pois muitos são os que nos pedem informações sobre a prestação dos exames endoscópicos de forma presencial, bem como telefonicamente e na maior parte das vezes de forma anónima.

Cabe-nos informar que não consta dos nossos registos qualquer realização de endoscopia digestiva alta por parte da reclamante no Hospital da Ordem Terceira Chiado.

Segue em anexo cópia da convenção na área da Endoscopia Gastrenterológica. [...]”.

10. Em anexo, o prestador juntou o Contrato Público de Aprovisionamento n.º 2015105/981/0047, celebrado entre a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. e a HOTC.

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

11. De acordo com o preceituado no n.º 1 do artigo 4.º e no n.º 1 do artigo 5.º, ambos dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a ERS tem por missão a regulação, a supervisão e a promoção e defesa da concorrência, respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores público, privado, cooperativo e social, e, em concreto, à atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde;
12. Encontrando-se sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos mesmos Estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do sector público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica.
13. A Venerável Ordem Terceira de São Francisco da Cidade, visada no presente processo, é uma instituição particular de solidariedade social (IPSS), responsável por um estabelecimento prestador de cuidados de saúde, pelo que está legalmente submetida aos poderes de regulação e supervisão da ERS, onde, aliás, está inscrita sob o n.º 16184.
14. Segundo o disposto nas alíneas b) e c) do n.º 2 do artigo 5.º dos respetivos Estatutos, as atribuições da ERS compreendem a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita à garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como à proteção dos demais direitos e interesses legítimos dos utentes; e também no que respeita à legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes.
15. De tal forma que as atribuições *supra* enunciadas se encontram expressamente incluídas no elenco dos objetivos regulatórios da ERS (cfr. alíneas b), c) e e) do artigo 10.º do respetivo diploma estatutário).
16. Com efeito, as alíneas b), c) e e) do artigo 10.º dos seus Estatutos fixam como objetivos gerais da atividade reguladora da ERS: “Assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei”, “Garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes” e “Zelar pela legalidade e transparência das relações económicas entre todos os agentes do sistema”.
17. Na execução dos preditos objetivos, e ao abrigo do preceituado nos n.ºs 1 e 2 do artigo 12.º dos Estatutos da ERS, compete a esta Entidade Reguladora assegurar o

direito de acesso universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do SNS, e, conseqüentemente, prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes que sejam eventualmente detetadas nesses mesmos serviços e estabelecimentos.

18. Mais, conforme resulta da alínea a) do artigo 13.º dos Estatutos da ERS, compete a esta Entidade Reguladora apreciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento que lhes é dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, nos termos do artigo 30.º do mesmo diploma estatutário.
19. Já de acordo com a alínea e) do artigo 15.º dos Estatutos da ERS, incumbe a esta Entidade Reguladora pronunciar-se sobre o montante das taxas e preços de cuidados de saúde administrativamente fixados e zelar pelo seu cumprimento.
20. Para tanto, a ERS pode assegurar tais incumbências mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, zelando pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições, e emitindo ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes (cfr. alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS).

III.2. Do direito de acesso dos utentes à prestação de cuidados de saúde

21. O direito à proteção da saúde, consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (CRP), tem por escopo garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, o qual é assegurado, entre outras obrigações impostas constitucionalmente, através da criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.
22. Por sua vez, a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro², em concretização da imposição constitucional contida no referido preceito, estabelece no n.º 1 da sua Base 6, sob a epígrafe “Responsabilidade do

² A Lei 95/2019, de 4 de setembro, entrou em vigor em 4 de novembro de 2019, e revogou a anterior Lei de bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto.

Estado”, que *“A responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde efetiva-se primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos, podendo, de forma supletiva e temporária, ser celebrados acordos com entidades privadas e do setor social, bem como com profissionais em regime de trabalho independente, em caso de necessidade fundamentada.”*

23. Nos termos do n.º 1 da Base 20 da Lei de Bases da Saúde, *“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”;*
24. E nos termos do n.º 2 da referida Base 20, *“O SNS pauta a sua atuação pelos seguintes princípios:*
 - a) *Universal, garantindo a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade;*
 - b) *Geral, assegurando os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes;*
 - c) *Tendencial gratuidade dos cuidados, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;*
 - d) *Integração de cuidados, salvaguardando que o modelo de prestação garantido pelo SNS está organizado e funciona de forma articulada e em rede;*
 - e) *Equidade, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis;*
 - f) *Qualidade, visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa;*
 - g) *Proximidade, garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde;*
 - h) *Sustentabilidade financeira, tendo em vista uma utilização efetiva, eficiente e de qualidade dos recursos públicos disponíveis;*
 - i) *Transparência, assegurando a existência de informação atualizada e clara sobre o funcionamento do SNS.”*
25. Por fim, nos termos do n.º 1 da Base 25 da Lei de Bases da Saúde, *“Tendo em vista a prestação de cuidados e serviços de saúde a beneficiários do SNS, e quando o*

SNS não tiver, comprovadamente, capacidade para a prestação de cuidados em tempo útil, podem ser celebrados contratos com entidades do setor privado, do setor social e profissionais em regime de trabalho independente, condicionados à avaliação da sua necessidade.”.

26. *Atento o n.º 1 da Base 1 da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro), “O direito à proteção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer”.*
27. *Nos termos do n.º 2 da mesma Base 1, “O direito à proteção da saúde constitui uma responsabilidade conjunta das pessoas, da sociedade e do Estado e compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos”.*
28. *Por fim, nos termos do n.º 4 da Base 1, “O Estado promove e garante o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais.”*
29. *Nos termos do n.º 1 da Base 2 da Lei de Bases da Saúde, sob a epígrafe “Direitos e deveres das pessoas”, consagra-se que “Todas as pessoas têm direito:*
 - a) À proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade;*
 - b) A aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde;*
 - c) A escolher livremente a entidade prestadora de cuidados de saúde, na medida dos recursos existentes;*
 - d) A receber informação sobre o tempo de resposta para os cuidados de saúde de que necessitem;*
 - e) A ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar;*

- f) *A decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo nos casos excecionais previstos na lei, a emitir diretivas antecipadas de vontade e a nomear procurador de cuidados de saúde;*
- g) *A aceder livremente à informação que lhes respeite, sem necessidade de intermediação de um profissional de saúde, exceto se por si solicitado;*
- h) *A ser acompanhadas por familiar ou outra pessoa por si escolhida e a receber assistência religiosa e espiritual;*
- i) *A apresentar sugestões, reclamações e a obter resposta das entidades responsáveis;*
- j) *A intervir nos processos de tomada de decisão em saúde e na gestão participada das instituições do SNS;*
- k) *A constituir entidades que as representem e defendam os seus direitos e interesses, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção da saúde e prevenção da doença, de ligas de amigos e de outras formas de participação que a lei preveja;*
- l) *À promoção do bem-estar e qualidade de vida durante o envelhecimento, numa perspetiva inclusiva e ativa que favoreça a capacidade de decisão e controlo da sua vida, através da criação de mecanismos adaptativos de aceitação, de autonomia e independência, sendo determinantes os fatores socioeconómicos, ambientais, da resposta social e dos cuidados de saúde.”.*
30. De entre os direitos *supra* elencados, inclui-se o direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde, cfr. reconhecido na LBS, mais concretamente na alínea b) do n.º 1 da Base 2.
31. Norma que é desenvolvida e concretizada no artigo 4.º (*“Adequação da prestação dos cuidados de saúde”*) da Lei n.º 15/2014, de 21 de março³, segundo o qual *“O utente dos serviços de saúde tem direito a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita”* (n.º 1);

³ A Lei n.º 15/2014, de 21 de março, foi alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril, que criou o Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA).

32. Tendo o utente, bem assim, “(...) *direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos*” (n.º 2);
33. Estipulando-se, ainda, que “*Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente*” (n.º 3).
34. Quanto ao direito do utente ser tratado com prontidão, o mesmo encontra-se diretamente relacionado com o respeito pelo tempo do paciente⁴, segundo o qual deve ser garantido o direito a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo.
35. Aliás, o Comité Económico e Social Europeu (CESE), no seu Parecer sobre “Os direitos do paciente”, refere que o “*reconhecimento do tempo dedicado à consulta, à escuta da pessoa e à explicação do diagnóstico e do tratamento, tanto no quadro da medicina praticada fora como dentro dos hospitais, faz parte do respeito das pessoas [sendo que esse] investimento em tempo permite reforçar a aliança terapêutica e ganhar tempo para outros fins [até porque] prestar cuidados também é dedicar tempo*”.
36. Efetivamente, sendo o respeito pelo utente de cuidados de saúde um direito ínsito à dignidade humana, o mesmo manifesta-se através da imposição de tal dever a todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados, o qual compreende, ainda, a obrigação dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde possuírem instalações e equipamentos que proporcionem o conforto e o bem-estar exigidos pela situação de fragilidade em que o utente se encontra.

III.3. Da rede nacional de prestação de cuidados de saúde

37. Considerando, por um lado, que o SNS deve ser universal e geral, mas, por outro, que a prestação de cuidados de saúde, no âmbito desse serviço, está, em certa medida, limitada aos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis, então, é necessário recorrer a entidades externas do setor privado, cooperativo e/ou social para efetivar o direito de acesso dos utentes.
38. Nessa medida, o n.º 1 da Base 6 da Lei de Bases da Saúde estabelece que o “*direito à proteção da saúde efetiva-se primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos, podendo, de forma supletiva e temporária, ser celebrados acordos com*

⁴ Vide o ponto 7. da “*Carta Europeia dos Direitos dos Utentes*”.

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

39. Com efeito, nos termos do n.º 1 da Base 25 da Lei de Bases da Saúde, “*Tendo em vista a prestação de cuidados e serviços de saúde a beneficiários do SNS, e quando o SNS não tiver, comprovadamente, capacidade para a prestação de cuidados em tempo útil, podem ser celebrados contratos com entidades do setor privado, do setor social e profissionais em regime de trabalho independente, condicionados à avaliação da sua necessidade.*”
40. Assim, tendo celebrado acordo com o SNS para a prestação de cuidados de saúde em regime de complementaridade, os prestadores de cuidados de saúde (convencionados) integram a rede nacional de prestação de cuidados de saúde;
41. Clarificando o n.º 2 da Base 25 da Lei de Bases da Saúde que os cuidados de saúde prestados por prestadores de cuidados de saúde convencionados “*respeitam as normas e princípios aplicáveis ao SNS*”.
42. Por conseguinte, o acesso dos utentes beneficiários do SNS à Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde é também assegurado através de estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com os quais tenham sido celebradas convenções ou acordos destinados a esse fim.
43. Em tais casos de contratação com entidades privadas ou do setor social, os cuidados de saúde são prestados ao abrigo de acordos específicos, por intermédio dos quais o Estado incumbe essas entidades da missão de interesse público inerente à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS, passando essas instituições a fazer parte do conjunto de operadores, públicos e privados, que garantem a imposição constitucional de prestação de cuidados públicos de saúde.
44. Por outro lado, “*o Estatuto [do SNS] aplica-se às instituições e serviços que constituem o Serviço Nacional de Saúde e às entidades particulares e profissionais em regime liberal integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde, quando articuladas com o Serviço Nacional de Saúde.*” – Cfr. artigo 2.º do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro;
45. Princípio este que foi mais recentemente reiterado pelo Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, que estabelece o regime jurídico das convenções que tenham por objeto a realização de prestações de cuidados de saúde aos utentes do SNS, no âmbito da rede nacional de prestação de cuidados de saúde.

46. O objetivo do legislador com a aprovação do Decreto-Lei n.º 139/2013 foi, atento o lapso temporal decorrido desde a aprovação do Decreto-Lei n.º 97/98⁵, definir um novo modelo de convenções que permita, com respeito pelos princípios da complementaridade, da liberdade de escolha, da transparência, da igualdade e da concorrência, assegurar a realização de prestações de serviços de saúde aos utentes do Serviço Nacional de Saúde, no âmbito da rede nacional de prestação de cuidados de saúde.
47. De acordo com o preceituado no n.º 1 do artigo 2.º do diploma legal ora em análise, a contratação de convenções deve obedecer aos seguintes princípios:
- “a) Equidade no acesso dos utentes aos cuidados de saúde;*
 - b) Complementaridade, destinando-se a sua celebração a colmatar as necessidades do SNS quando este, de forma permanente ou esporádica, não tem capacidade para as suprir;*
 - c) Liberdade de escolha dos prestadores pelos utentes, quer do SNS, quer de entidades convencionadas, nos limites dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização estabelecidas;*
 - d) Garantia de adequados padrões de qualidade da prestação de cuidados de saúde.”*
48. Por seu turno, a alínea a) do n.º 2 do mesmo artigo, determina que a contratação de convenções deve prosseguir os objetivos de *“prontidão, continuidade, proximidade e qualidade na prestação dos cuidados de saúde”*.
49. Já os deveres das entidades convencionadas estão fixados no artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 139/2013, nos seguintes termos:
- “a) Prestar cuidados de saúde de qualidade e com segurança aos utentes do SNS, em tempo útil, nas melhores condições de atendimento, não estabelecendo qualquer tipo de discriminação;*
 - b) Executar, exata e pontualmente, as prestações contratuais em cumprimento do convencionado, não podendo transmitir a terceiros as responsabilidades assumidas perante a entidade pública contratante, salvo nos casos legal ou contratualmente admissíveis;*

⁵ O Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, revogou o Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril (cfr. artigo 17.º).

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

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

e) Respeitar os protocolos, requisitos e especificações técnicas para recolha, tratamento e transmissão de informação definidas contratualmente.”⁶.

III.4. Das taxas moderadoras no SNS

III.4.1. Enquadramento geral

50. Conforme anteriormente já referido, o direito à proteção da saúde, consagrado no artigo 64.º da CRP, tem por escopo garantir o acesso de todas as pessoas aos cuidados de saúde, o qual será assegurado, entre outras obrigações constitucionalmente impostas, através da criação de um SNS universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.
51. Apresenta-se, assim, como um direito fundamental de natureza social, ou seja, um direito social a prestações do Estado, do qual resulta para todos uma posição jurídica subjetiva ativa concretizada na possibilidade de acederem ao SNS, o qual deverá dispor dos serviços de saúde necessários ao tratamento, reabilitação ou prevenção de doença de que cada cidadão padeça, ou que possa vir a padecer.
52. A concretização do direito constitucional à proteção da saúde estava, porém, dependente de uma intervenção legislativa conformadora do mesmo – a qual se encontra atualmente realizada, graças à vigência do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.
53. Por outro lado, a maior ou menor concretização do sobredito direito, num determinado momento, depende também dos recursos materiais e financeiros disponíveis por parte do Estado.

⁶ Note-se que, pelo menos, os deveres previstos nas alíneas a) e d) do Decreto-Lei n.º 139/2013, constavam já das alíneas a) e b) do n.º 2 do artigo 10.º do Decreto-Lei 97/98.

54. É neste contexto que a doutrina constitucional tem aludido diversas vezes ao facto de o direito à proteção da saúde ser um direito sob “*reserva do possível*”, o que implica uma aplicação gradual e progressiva da imposição constitucional contida na alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º da CRP, de criação de um SNS universal, geral e tendencialmente gratuito.
55. Concretamente no que respeita à tendencial gratuitidade dos cuidados, a mesma mantém-se consagrada na nova LBS (na alínea c) do n.º 2 da Base 20), enquanto princípio que deve pautar a atuação do SNS.
56. Assim, será sempre admissível a cobrança de determinados valores aos utentes, com o objetivo de moderar o consumo de cuidados de saúde – tal como prosseguido pelas taxas moderadoras –, e desde que não seja vedado o acesso a esses cuidados por razões económicas, nem sejam postas em causa as situações de isenção (e de dispensa) do pagamento de taxas moderadoras legalmente previstas (cfr. Base 24 da nova LBS).
57. Com efeito, quanto à cobrança de taxas moderadoras, o n.º 1 da Base 24 da nova LBS, estabelece que “[a] lei deve determinar a isenção de pagamento de taxas moderadoras, nomeadamente em função da condição de recursos, de doença ou de especial vulnerabilidade, e estabelecer limites ao montante total a cobrar”;
58. Já o n.º 2 da mesma Base determina que “[c]om o objetivo de promover a correta orientação dos utentes, deve ser dispensada a cobrança de taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários e, se a origem da referência for o SNS, nas demais prestações de saúde, nos termos a definir por lei”.
59. A pretexto da apreciação da constitucionalidade de algumas normas da anterior LBS⁷, o Tribunal Constitucional teve oportunidade de interpretar o conceito e o sentido que foi atribuído à expressão “*tendencialmente gratuito*”, introduzida na alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º da CRP, na revisão constitucional de 1989.
60. De acordo com o entendimento manifestado pelo Tribunal Constitucional, no seu Acórdão n.º 731/95, de 14 de dezembro⁸, a expressão “*tendencialmente gratuito*” não inverteu o princípio da gratuitidade, mas, ao invés, abriu a possibilidade de existirem exceções àquele princípio, nomeadamente quando o objetivo seja o de racionalizar

⁷ Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, e revogada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, que aprovou a nova Lei de Bases da Saúde.

⁸ O Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 731/95 pode ser consultado em <http://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/19950731.html>.

a procura de cuidados de saúde (por exemplo, através da aplicação de taxas moderadoras).

61. Efetivamente, no Acórdão *supra* identificado, o Tribunal Constitucional entendeu que:

“[...] o Serviço Nacional de Saúde, cuja criação a Constituição determina, não é apenas um conjunto de prestações e uma estrutura organizatória; não é apenas um conjunto mais ou menos avulso de serviços (hospitais, etc.) —, é um serviço em sentido próprio. É, por isso, uma estrutura a se, um complexo de serviços, articulado e integrado». Embora da alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º da Constituição não possa retirar-se um modelo único de organização do Serviço Nacional de Saúde, cuja criação aí se prescreve (cfr. o Acórdão n.º 330/89), certo é que a «liberdade» deferida ao legislador para a sua conformação sofre dos limites estabelecidos nesse mesmo preceito e que são a universalidade do Serviço Nacional de Saúde, a sua generalidade e a sua gratuitidade tendencial, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos.”

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

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

63. Assim, ao estabelecer-se, na anterior LBS, que a cobrança de taxas moderadoras tinha “o objectivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde”, o que estava ínsito na vontade do legislador era que, nas situações em que

a decisão de recorrer ou não aos cuidados de saúde depende unicamente da vontade do utente, essas taxas fossem capazes de conter um consumo excessivo face às reais necessidades de cuidados de saúde.

64. Com tal previsão legal pretendeu-se, portanto, que por via da imposição do pagamento de determinado valor fosse exercida alguma pressão sobre o utente, no momento da tomada de decisão de recorrer a determinado cuidado de saúde, e em especial em casos de pequena gravidade, apta a moderar ou racionalizar o consumo excessivo.
65. Sem prejuízo, cumpre aqui destacar que a redução do consumo desnecessário será mais eficaz se a decisão de consumir estiver unicamente na esfera do utente a quem serão cobradas as respetivas taxas.
66. Porém, no caso do consumo de cuidados de saúde, são frequentes as situações em que a decisão de consumo é partilhada entre utente e profissional de saúde, ou está até totalmente “nas mãos” do segundo, tendo a prescrição médica um papel fundamental na tomada de decisão.
67. Devido à substancial assimetria de informação entre o profissional de saúde e o utente, este assume a indicação daquele como decisiva na identificação da necessidade de consumo.
68. Assim, onde será mais evidente a relação entre o consumo e a sua moderação por via de taxa moderadora será nos atendimentos em contexto de urgência e, eventualmente, no acesso aos cuidados de saúde primários.
69. Para além de uma componente de moderação do consumo dos cuidados de saúde, as taxas moderadoras constituem, igualmente, receita do SNS, uma vez que nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 23.º do Estatuto do SNS, respondem pelos encargos com os cuidados de saúde prestados no âmbito do SNS os seus beneficiários na parte que lhes couber, tendo em conta as suas condições económicas e sociais.
70. No entanto, não se pode olvidar que as taxas moderadoras representam apenas uma pequena fração das receitas totais do SNS, não visando funcionar como fonte de financiamento, tendo antes a função de moderação do consumo de cuidados de saúde.

71. Ademais, a aplicação dos mecanismos de cobrança de taxas moderadoras acarreta custos administrativos que limitam ainda mais o papel destas taxas como fonte de financiamento.
72. No seguimento de todo o exposto, conclui-se que a cobrança de taxas moderadoras é admissível desde que elas:
- tenham como finalidade racionalizar a utilização do SNS;
 - não correspondam a uma contrapartida financeira, ou seja, ao pagamento do preço dos cuidados de saúde prestados; e
 - não sejam aptas a criar impedimentos ou restrições no acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde.

III.4.2. Do atual regime legal das taxas moderadoras e dos regimes especiais de benefícios

73. O Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro⁹, que entrou em vigor em 1 de janeiro de 2012, introduziu alterações no acesso às prestações do SNS por parte dos utentes, no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação dos regimes especiais de benefícios então vigente, desenvolvendo, assim, a Base XXXIV da anterior LBS.
74. Segundo consta do respetivo preâmbulo, o sobredito diploma visou:
- regular as condições especiais de acesso às prestações do SNS, determinando as taxas moderadoras aplicáveis, “[...] *mantendo o princípio da limitação do valor a um terço dos preços do SNS, instituindo a revisão anual dos valores a par da actualização anual automática do valor das taxas à taxa de inflação e diferenciando positivamente o acesso aos cuidados primários, os quais se pretende incentivar*”;
 - proceder à revisão das categorias de isenção de pagamento das taxas moderadoras;
 - consagrar “[...] *a dispensa de cobrança de taxas moderadoras no âmbito de prestações de cuidados de saúde que são inerentes ao tratamento de determinadas*

⁹ O Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, já sofreu várias alterações legislativas, tendo a última sido efetuada pela Lei n.º 131/2017, de 10 de outubro.

situações clínicas ou decorrem da implementação de programas e medidas de prevenção e promoção de cuidados de saúde”;

— garantir “[...] a efectividade da cobrança das taxas moderadoras, preconizando a adopção de procedimentos céleres e expeditos que assegurem a operacionalização dos meios de pagamento correspondentes”.

75. O Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, veio então regular “o acesso às prestações do Serviço Nacional de Saúde (SNS) por parte dos utentes no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios, tendo por base a definição de situações determinantes de isenção de pagamento ou de participação, como situações clínicas relevantes de maior risco de saúde ou situações de insuficiência económica” (cfr. artigo 1.º).
76. Nos termos do preceituado no artigo 2.º do diploma legal em análise, as situações que genericamente implicam o pagamento de taxas moderadoras são as seguintes:
- a) Consultas nos prestadores de cuidados de saúde primários, no domicílio, nos hospitais e em outros estabelecimentos de saúde públicos ou privados, designadamente em entidades convencionadas;
 - b) Exames complementares de diagnóstico e terapêutica em serviços de saúde públicos ou privados¹⁰, designadamente em entidades convencionadas, com exceção dos efetuados em regime de internamento, no hospital de dia e no serviço de urgência para o qual haja referência pela rede de prestação de cuidados de saúde primários, pelo Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde ou pelo INEM;
 - c) Serviços de urgência hospitalar.
77. Sendo que, de acordo com o disposto no n.º 1 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, “[a]s taxas moderadoras são cobradas no momento da realização das prestações de saúde, salvo em situações de impossibilidade do utente resultante do seu estado de saúde ou da falta de meios próprios de pagamento, bem como de regras específicas de organização interna da entidade responsável pela cobrança”.
78. No que especificamente concerne aos regimes especiais de benefícios, o Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, estabeleceu as categorias de isenção e

¹⁰ Note-se que, o Decreto-Lei 96/2020, de 4 de novembro, determinou a dispensa de cobrança de taxas moderadoras nas consultas e em todos os exames complementares de diagnóstico e terapêutica prescritos no âmbito da rede de prestação de cuidados de saúde primários.

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

79. O artigo 6.º-A do Decreto-Lei n.º 10-A/2020, de 13 de março, determinou a dispensa de cobrança de taxas moderadoras aos beneficiários do SNS que, de acordo com referenciação do Centro de Contacto do SNS - SNS24, dos cuidados de saúde primários, de hospital do SNS ou unidade prestadora de cuidados de saúde, no âmbito do diagnóstico e tratamento da doença COVID-19, necessitem de realizar teste laboratorial para despiste da doença e/ou consultas, atendimentos urgentes e atos complementares prescritos no âmbito desta patologia.
80. Acresce que, o Decreto-Lei 96/2020, de 4 de novembro, determinou a dispensa de cobrança de taxas moderadoras nas consultas e em todos os exames complementares de diagnóstico e terapêutica prescritos no âmbito da rede de prestação de cuidados de saúde primários.

III.5. Da transparência nas relações entre prestadores e utentes de cuidados de saúde – da indução artificial da procura de cuidados de saúde

81. Compete à ERS, no exercício da sua atividade reguladora garantir, no âmbito da prestação de cuidados de saúde, os direitos e interesses legítimos de todos os utentes.
82. Assim, aos utentes deve ser reconhecido, desde logo, o direito a “*decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos*”, em qualquer momento da prestação do cuidado de saúde (alínea f) do n.º 1, da Base 2 da Lei de Bases da Saúde);
83. Ademais, ao utente é, igualmente, reconhecido o direito a ser informado “*de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar*” (alínea e) do n.º 1, da Base 2 da Lei de Bases da Saúde);

84. O utente tem direito a ser plenamente informado sobre todos os dados relativos ao seu estado de saúde, nomeadamente, dos tratamentos a que vai ser submetido e dos respetivos riscos e benefícios que os mesmos comportam, das alternativas possíveis, dos efeitos em caso de recusa de tratamento, bem como do diagnóstico, do prognóstico e dos progressos que se forem verificando no seu estado de saúde;
85. O carácter particular da prestação de cuidados de saúde impõe que o quadro de informação, transparência e respeito pelos direitos e interesses dos (potenciais) utentes seja elevado a um superior patamar de exigência.
86. Neste âmbito, a relação que se estabelece entre prestadores de cuidados de saúde e os seus utentes deve pautar-se pela verdade, completude e transparência, devendo tais características revelar-se em todos os momentos da relação, incluindo nos que antecedem a própria prestação de cuidados de saúde.
87. A informação em saúde deve ser prestada com verdade, com antecedência (para não colocar o utente numa situação de pressão quanto à decisão a tomar), de forma clara, adaptada à sua capacidade de compreensão, contendo toda a informação necessária à decisão do utente, de modo a garantir que a liberdade de escolha não venha a resultar prejudicada.
88. Liberdade de escolha que inclui a possibilidade de escolher livremente o agente prestador de cuidados de saúde, nos termos da alínea c), do n.º 1.º, da Base 2 da mesma Lei de Bases da Saúde;
89. Porquanto esta livre escolha está na dependência direta da informação referente à prestação de cuidados de saúde futuros mas também presentes.
90. Compete assim acautelar a garantia de que, em momento anterior ao da prestação de cuidados de saúde, sejam os utentes informados da natureza e âmbito dos serviços a prestar, abrangendo assim as questões financeiras e logísticas associadas, tais como, custos, profissionais e recursos disponíveis.
91. Nesse sentido, o direito à informação – e o concomitante dever de informar – surge com especial relevância e é dotado de uma importância estrutural e estruturante da própria relação.
92. Na verdade, o direito do utente à informação é um princípio que deve modelar todo o quadro de relações atuais e potenciais entre utentes e prestadores de cuidados de saúde.

93. A informação não pode, por isso, deixar de ser completa, verdadeira e inteligível, só assim se logrando obter a referida transparência na relação entre prestadores de cuidados de saúde e utentes.
94. Por outro lado, a informação errónea do utente, a falta de informação ou a omissão de um dever de informar são suficientes para distorcer o exercício da própria liberdade de escolha dos utentes;
95. Para além de facilitarem – ou mesmo criarem – situações de lesões de direitos e interesses financeiros dos utentes.
96. E o direito dos utentes à informação está, ademais, ínsito à própria relação de confiança que se pretende que estes estabeleçam com os prestadores de cuidados de saúde, que se deve pautar, ela própria, por princípios de verdade e transparência;
97. Sendo que, esta relação contratual de confiança não pode dissociar-se de um problema fundamental em saúde, a assimetria de informação que frequentemente existe nas relações prestador-utente.
98. Com efeito, o utente encontra-se, na maioria das vezes, afetado pelo facto de não possuir informação ou, pelo menos, não possuir toda a informação relevante, comparativamente com o prestador de cuidados de saúde.
99. Sendo que, por esse motivo, no momento do consumo de um bem ou serviço de saúde, regra geral, o utente delega a sua decisão sobre o que consumir, e quando fazê-lo, numa outra entidade que possua essa informação: o agente da oferta, ou mais concretamente, o profissional de saúde;
100. E nesta delegação de direitos de propriedade sobre o consumo – ou seja, relação de agência, em que aquele agente é o representante do principal (utente consumidor) – , é suposto que a tomada de decisão quanto ao consumo seja feita no respeito integral das necessidades e preferências do utente consumidor.
101. Note-se que os mercados de serviços de saúde são caracterizados pela informação imperfeita que, regra geral, as pessoas possuem relativamente à saúde e à doença.
102. Com efeito se, por um lado, é natural que um utente, ou os seus representantes, percebam a existência de um sintoma, embora tipicamente não determinem a origem e gravidade do mesmo, será normalmente um profissional de saúde que determinará a gravidade do problema e conduzirá o utente ao tratamento adequado; bem como será este último a possuir a informação sobre quais os atos ou meios

- complementares de diagnóstico que respeitam especificamente aos cuidados de saúde que se revelam como adequados à situação específica do utente em questão.
103. É aqui que se verifica a assimetria de informação, que, concretamente, resulta do facto de os profissionais de saúde serem portadores do conhecimento exato dos cuidados mais adequados às necessidades dos utentes.
 104. Efetivamente, o utente comum não será conhecedor dos tratamentos de que necessita, nem dos exames a realizar, e ainda dos custos que lhe estão diretamente associados, sendo essa a razão que o leva a recorrer a um prestador de cuidados de saúde para o aconselhar;
 105. E é precisamente isso que justifica que um utente, ou os seus representantes, antes de decidir(em) (ou não), a realização de um determinado exame ou tratamento, devam ser informados de forma completa, clara e verdadeira, atento ser o prestador de cuidados de saúde conhecedor dos tratamentos, atos adequados e bens e serviços a utilizar para e na resolução dos problemas diagnosticados.
 106. Por isso, e considerada a ótica do utente como um consumidor de um serviço, a iniciativa de informar deve sempre partir do prestador, que não poderá escudar-se na circunstância de o interessado não ter perguntado ou de que deveria já saber ou de que tinha já sido informado em momento distinto;
 107. Tão pouca na de que a entidade/o prestador atuou com erro nos pressupostos que lhe foram comunicados (erradamente) por outras entidades terceiras, como sejam as entidades financiadoras dos cuidados de saúde.
 108. Assim, deve, pois, o prestador agir com especial cuidado na execução do seu dever de informar os utentes de todos os aspetos que podem influenciar a sua decisão final de escolha, sempre com o intuito de garantir os princípios de transparência das relações que entre si são criadas.
 109. Em qualquer caso, urge garantir que o utente beneficia de uma efetiva liberdade de escolha do concreto prestador a que pretende recorrer.
 110. A liberdade de escolha constitui um dos pilares fundamentais da relação utente-prestador de cuidados de saúde, devendo ser assegurado que a assimetria de informação existente entre o utente e os prestadores não resulta em prejuízo, direto ou indireto, dos direitos daquele. Nesta medida, assume especial relevância, enquanto direito fundamental dos utentes de cuidados de saúde, o direito à informação prévia, plena e esclarecida.

111. Só tendo conhecimento efetivo e pleno de todos estes elementos é que o utente estará em condições de tomar uma decisão sobre a proposta terapêutica que lhe é apresentada, mas também de exercer a sua liberdade de escolha, optando pelo concreto estabelecimento prestador de cuidados de saúde a que irá recorrer para o efeito.
112. Assim, quando, no âmbito da prestação de cuidados de saúde, o prestador, beneficiando da referida assimetria de informação, induzir um utente à realização de uma série de exames ou tratamentos desnecessários do ponto de vista clínico, estará criada uma situação de indução artificial da procura.
113. A situação de indução artificial da procura resulta, essencialmente, de duas condições: da assimetria de informação e de uma relação de agência imperfeita;
114. Estas duas situações permitem que o prestador exorbite a sua posição, maximizando o seu rendimento em detrimento do bem-estar último do doente.
115. Recorde-se que os utentes têm o direito a que lhe sejam prestados apenas os cuidados de saúde de que efetivamente necessitam, bem como a que os prestadores se abstenham de praticar atos que os prejudiquem ou distintos daqueles que necessitem e com o único objetivo de obter para si, de forma direta ou indireta, um benefício que de outra forma não obteriam.
116. Sendo que, à ERS, nos termos a alínea c) do artigo 12.º dos Estatutos da ERS, compete prevenir e punir as práticas de indução artificial da procura de cuidados de saúde.

III.6. Do enquadramento jurídico dos procedimentos de prevenção, controlo e vigilância da infeção pelo vírus SARS-CoV-2

III.6.1. Norma da DGS n.º 12/2020, de 6 de maio de 2020, atualizada em 14 de maio de 2020

117. A Norma da DGS n.º 012/2020, de 6 de maio de 2020, atualizada em 14 de maio de 2020, tem como assunto “COVID-19: Exames Endoscópicos Digestivos” e os destinatários são, entre outros, os profissionais de saúde do SNS¹¹.

¹¹ Disponível para consulta em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0122020-de-06052020-pdf.aspx>.

118. Ali são estipulados os cuidados que devem ser tidos na realização de exames endoscópicos, sendo que, no respeitante à triagem e circuitos dos doentes propostos para exames endoscópicos, estatui-se o seguinte:

“[...]”

14. Todos os doentes propostos para exames endoscópicos digestivos, quer em regime de internamento quer em regime de ambulatório, devem ser triados e classificados, com recurso a consultas telefónicas ou equivalentes, relativamente ao risco de COVID-19 em dois momentos (Anexo 3):

a. Na véspera do exame, através de contacto telefónico (para o doente, cuidador ou serviço de internamento);

b. No dia do exame, antes da admissão no Serviço/Unidade

15. Os doentes são classificados, nos termos do ponto anterior e do Anexo 3 em:

a. Alto risco, isto é, suspeitos de COVID-19, ou contactos próximos com doente com infeção por SARS-CoV-2, ou residentes em áreas com transmissão comunitária sustentada;

b. Baixo risco: sem sintomas sugestivos de COVID-19, sem contacto próximo com doente com infeção por SARS-CoV-2, e não residentes em área de transmissão comunitária sustentada.

16. No atual contexto epidemiológico em Portugal com transmissão comunitária sustentada, todos os doentes são considerados de alto risco, de acordo com o Anexo 3. A evolução epidemiológica por região/local pode determinar diferentes avaliações de risco no futuro.

17. No contexto atual, os doentes para os quais não for possível avaliar a suspeição clínica de COVID-19 devem ser considerados como doentes de alto risco, no que diz respeito à utilização de EPI.

18. Se durante a avaliação de risco, os doentes forem identificados, pela presença de sintomas, como suspeitos de COVID-19, deve prosseguir-se com a abordagem clínica estabelecida na Norma 004/2020 da DGS, designadamente a realização de teste laboratorial (rRT-PCR) para SARS-CoV-2, adaptada ao local onde o doente se encontra.

19. Nos casos indicados no ponto anterior, a realização dos procedimentos endoscópicos deve ser realizada apenas em situação de urgência imperiosa, de acordo com o Anexo 1, e após avaliação clínica adequada.

20. Todos os doentes propostos para procedimentos endoscópicos devem usar máscara cirúrgica desde a admissão na UTG, desde que a situação clínica o permita.

21. A máscara cirúrgica é apenas retirada para a realização de endoscopia digestiva alta, e apenas durante o procedimento, devendo ser colocada logo que o mesmo termine e antes da transferência para o recobro.

22. Se o procedimento for sob anestesia e o doente estiver sob oxigenoterapia, recolocar a máscara cirúrgica logo que a saturação em ar ambiente seja superior a 90%.

23. A remoção da máscara cirúrgica pelo doente deverá ser efetuada apenas após a saída da unidade hospitalar, devendo ser depositada no recipiente de lixo adequado.

24. Nos doentes com confirmação de COVID-19 a realização de qualquer procedimento endoscópico deve ser rigorosamente ponderada, numa perspetiva de risco/benefício, só devendo ser efetuada em situações de absoluta necessidade clínica, e de acordo com os seguintes critérios:

a. Nos doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos: o procedimento endoscópico deve ser realizado preferencialmente na unidade de cuidados intensivos, evitando-se a deslocação desnecessária do doente;

b. Nos restantes casos: o procedimento endoscópico deve ser realizado na UTG, assegurando:

i. A sua realização pelos profissionais de saúde com maior experiência casuística em procedimentos endoscópicos;

ii. A sua realização em salas de pressão negativa, nos termos do ponto 10 da presente Norma;

iii. A separação de circuitos de doentes COVID-19 face aos restantes,

iv. A adequada utilização de EPI (ver abaixo) e de todas as medidas de prevenção e controlo de infeção, nos termos da Norma 007/2020 da DGS.

25. Se as salas de pressão negativa não estiverem disponíveis, a endoscopia deve ser realizada numa sala dedicada com ventilação adequada.

26. *O agendamento dos procedimentos endoscópicos deve assegurar, sempre que possível, que os doentes com suspeita ou confirmação de COVID-19 realizam os procedimentos endoscópicos de forma sequencial e na mesma sala. [...]*”
119. No respeitante aos equipamentos de proteção individual é ainda indicado o seguinte:
- “[...]
27. *Todos os profissionais de saúde devem cumprir as medidas de prevenção e controlo de infeção, nos termos da Norma 007/2020 da DGS, assegurando, sempre que possível, o distanciamento físico adequado, bem como a higienização das mãos sempre que aplicável.*
28. *Todos os profissionais de saúde em funções nas UTG devem usar fato de circulação, nos termos da Norma 007/2020.*
29. *Os serviços devem assegurar o treino contínuo dos profissionais de saúde relativamente à utilização de EPI, bem como os procedimentos a observar em situações de exposição accidental a produtos biológicos potencialmente infetados com SARS-CoV-2.*
30. *O material de proteção individual deverá ser descartado após cada procedimento.*
31. *O EPI para procedimentos endoscópicos em doentes de alto risco (Anexo 2 e 3) inclui, nos termos da Norma 007/2020 da DGS:*
- a. Bata – com abertura atrás, descartável, impermeável/resistente a fluidos, de manga comprida e que vá até abaixo do joelho;*
 - b. Máscara FFP3 (ou FFP2 (N95) se FFP3 não disponível);*
 - c. Proteção ocular – óculos ou viseira (de abertura inferior);*
 - d. Luvas, dois pares de nitrilo – descartáveis não esterilizadas;*
 - e. Touca;*
 - f. Calçado clínico;*
 - g. Cobrir-botas (se não estiver a usar calçado dedicável e não higienizável).*
32. *Para os procedimentos em doentes de alto risco, pode ainda ser considerada a utilização de cógula (opcional) e fato de proteção completo (opcional à bata).*
33. *O EPI para procedimentos endoscópicos em doentes de baixo risco (Anexo 2 e 3) inclui, nos termos da Norma 007/2020 da DGS:*

- a. Avental descartável sobre a roupa/farda de uso clínico;
- b. Máscara FFP2 (N95) ou FFP3 (para procedimentos de alto risco);
- c. Proteção ocular – óculos ou viseira (de abertura inferior);
- d. Luvas – descartáveis não esterilizadas;
- e. Touca;
- f. Calçado clínico. [...]”.

III.6.2. Norma da DGS n.º 19/2020, de 26 de outubro de 2020, atualizada em 13 de outubro de 2021

120. A Norma da DGS n.º 019/2020, de 26 de outubro de 2020, atualizada em 13 de outubro de 2021, tem como assunto “COVID-19: Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2”, destinada ao sistema de saúde¹².

121. Assim, no respeitante aos rastreios em unidades de saúde, estatui-se o seguinte:

“[...]

RASTREIOS EM UNIDADES DE SAÚDE

18. Antes da realização de **procedimentos geradores de aerossóis** (PGA) (Anexo 4) e antes da admissão hospitalar, deve ser realizado, pela equipa clínica respetiva, um questionário clínico e epidemiológico dirigido, nas 24 a 72 horas antes do procedimento / admissão hospitalar (Anexo 5).

19. Se durante a realização do questionário clínico e epidemiológico previsto no ponto anterior da presente Norma for identificada uma pessoa com suspeita de infeção por SARS-CoV-2 ou um contato de alto risco deve ser aplicado, respetivamente, o disposto na Norma 004/2020 e na Norma 015/2020 da DGS, bem como os testes laboratoriais adequados, nos termos da presente Norma (Anexo 1).

20. Nos procedimentos urgentes e emergentes, a ausência de um teste laboratorial não deve atrasar a prestação de cuidados clínicos adequados, devendo, nestas circunstâncias, ser utilizado, por parte dos profissionais de saúde, o Equipamento de

¹² Disponível para consulta em:
https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/10/Norma_019_2020_act_13_10_2021.pdf.

Proteção Individual (EPI) adequado para a prestação de cuidados a doentes com suspeita de COVID-19, nos termos da Norma 007/2020 da DGS.

21. Nas **unidades prestadoras de cuidados de saúde** devem ser realizados testes laboratoriais de rastreio da infeção por SARS-CoV-2 (Anexo 2):

a. Antes da realização de **procedimentos geradores de aerossóis (PGA)** (Anexo 4), antes da **cirurgia eletiva**, nos termos da Norma 013/2020 da DGS, antes da **admissão para assistência ao parto**, nos termos da Orientação 018/2020 da DGS, antes **da admissão em unidades de cuidados intermédios e intensivos**:

i. Testes moleculares (TAAN).

b. Antes da **admissão hospitalar para internamento** (por outros motivos para além dos referidos na alínea anterior):

i. Testes moleculares (TAAN);

ii. Se o teste molecular não estiver disponível ou não permitir a obtenção do resultado em menos de 24 horas, deve ser utilizado um teste rápido de antigénio (TRAg);

c. Atendendo ao disposto no ponto 9 da presente Norma, nas **pessoas sem esquema vacinal completo, durante o internamento hospitalar**, entre o 3.º e o 5.º dia após o teste na admissão hospitalar, nos termos da alínea anterior, e, periodicamente de 5/5 – 7/7 dias contados a partir do último teste, de acordo com o contexto de cada serviço/instituição e com o Grupo de Coordenação Local do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e das Resistências aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA):

i. Testes moleculares (TAAN);

ii. Se o teste molecular não estiver disponível ou não permitir a obtenção do resultado em menos de 24 horas, deve ser utilizado um teste rápido de antigénio (TRAg).

d. Aos **doentes oncológicos**, nos termos da Norma 009/2020 da DGS:

e. Atendendo ao disposto no ponto 9 da presente Norma, aos **acompanhantes, sem esquema vacinal completo**, que não saiam da unidade hospitalar, de crianças, pessoas com deficiência, pessoas em situação de dependência e pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida, nos termos da Lei n.º 15/2014 de 21 de março, de acordo com o previsto na alínea b) e c) do ponto 21 da presente Norma:

i. Testes moleculares (TAAN);

ii. Se o teste molecular não estiver disponível ou não permitir a obtenção do resultado em menos de 24 horas, deve ser utilizado um teste rápido de antigénio (TRAg).

*22. Nas unidades prestadoras de cuidados de saúde, os Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho / Saúde Ocupacional (SST/SO), em articulação com o Grupo de Coordenação Local do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e das Resistências aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), devem **realizar testes moleculares (TAAN) ou testes rápidos de antigénio (TRAg) para rastreio periódico (entre 7 e 14 dias) dos profissionais de saúde, sem esquema vacinal completo, que prestam cuidados de saúde diretos e de maior risco de contágio** (Anexo 2).*

23. Nas unidades prestadoras de cuidados de saúde, os SST/SO, em articulação com o GCLPPCIRA, podem realizar TAAN ou TRAg, para rastreio periódico (entre 7 e 14 dias) dos profissionais de saúde com esquema vacinal completo, de acordo com a avaliação de risco das funções exercidas pelos profissionais de saúde.

[...]

122. No respeitante aos procedimentos geradores de aerossóis, o anexo 4 da Norma da DGS n.º 019/2020, de 26 de outubro de 2020, atualizada em 13 de outubro de 2021, estatui o seguinte:

“A transmissão de SARS-CoV-2 por aerossóis pode ocorrer durante a realização de procedimentos médicos geradores de aerossóis. Apesar da evidência científica não ser conclusiva relativamente ao potencial risco de geração e transmissão de aerossóis para vários dos procedimentos médicos, os profissionais de saúde que realizam procedimentos geradores de aerossóis devem utilizar o equipamento de proteção individual adequado.

Assim,

1. Todos os procedimentos geradores de aerossóis devem ser acompanhados da implementação das medidas de prevenção e controlo de infeção adequadas, designadamente:

a. Questionário clínico e epidemiológico dirigido, nos termos da presente Norma;

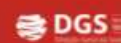
b. Utilização de equipamento de proteção individual adequado, nos termos da Norma 007/2020, da Norma 012/2020 e da Orientação 022/2020 da DGS

2. Nos procedimentos geradores de aerossóis de maior risco, com maior consenso na literatura científica (tabela infra), deve ser realizado teste molecular (TAAN) para SARSCoV-2 24 a 72 horas antes da realização do procedimento às pessoas que não têm qualquer resposta positiva no questionário clínico e epidemiológico dirigido (Anexo 4).

3. Nos restantes procedimentos geradores de aerossóis, deve ser reforçada a implementação das medidas do ponto 1 do presente Anexo.

4. Quando for identificado um caso suspeito ou um contacto de caso confirmado durante a realização do questionário clínico e epidemiológico dirigido (Anexo 3) deve proceder-se em conformidade com a Norma 004/2020 e a Norma 015/2020 da DGS, respetivamente.

COVID-19



Procedimentos Geradores de Aerossóis (Alto Risco)^{46,47,48}

- Intubação endotraqueal e extubação;
- Ventilação manual;
- Traqueotomia e procedimentos relacionados com a traqueostomia (inserção, aspiração ou remoção);
- Broncoscopia;
- Cinesiterapia respiratória que envolva indução da expetoração com nebulizações com soro fisiológico;
- Procedimentos de otorrinolaringologia da via aérea superior que envolvam sucção da via aérea;
- Ventilação não-invasiva;
- Oxigenoterapia de alto fluxo;
- Autópsia e procedimentos *post-mortem*, nos termos da Norma 002/2020 da DGS.

[...].”

III.7. Alerta de Supervisão n.º 1/2021, de 15 de janeiro

123. A ERS emitiu, em 15 de janeiro de 2021, o Alerta de Supervisão n.º 01/2021¹³, com o seguinte teor:

“[...]

¹³ Disponível para consulta em:

https://www.ers.pt/media/jdlfu5p4/alerta_de_supervisao_1_2021.pdf.

Considerando a emergência de saúde pública e situação excecional que se vive no momento atual, face à epidemia SARS-CoV-2 e à infeção epidemiológica por COVID-19;

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento de várias reclamações de utentes, beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS), evidenciando constrangimentos no acesso à realização de exames endoscópicos;

Considerando que a ERS tomou conhecimento de que existem estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do setor privado detentores de convenção para atendimento de utentes beneficiários do SNS, que condicionam o acesso à realização de exames endoscópicos, impondo que os mesmos sejam realizados com recurso a anestesia ou exigindo a realização de teste prévio à SARS-CoV-2;

Considerando o teor da Norma da Direção Geral de Saúde (DGS) n.º 12/2020, de 6 de maio, atualizada em 14 de maio de 2020, onde são estipulados os cuidados que devem ser tidos em consideração na realização de exames endoscópicos;

*A ERS, no exercício dos seus poderes de supervisão, **alerta todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos setores privado, cooperativo e social, no âmbito da atividade que estiver abrangida por convenções celebradas com o SNS**, para o seguinte:*

- i. A adoção de procedimentos internos que corporizem condicionantes ao acesso que não se encontrem previstas na convenção celebrada e/ou nas Orientações emitidas pelas Autoridades de Saúde não se mostra consentânea com as obrigações assumidas perante o SNS, constituindo, na relação do prestador com a entidade financiadora, um incumprimento contratual e, na relação com os utentes beneficiários, uma violação do direito de acesso à prestação de cuidados de saúde.*
- ii. A recusa de prestação de cuidados de saúde a utentes beneficiários do SNS, nomeadamente com fundamento em procedimentos internos que condicionam o acesso à realização de endoscopia e, bem assim, a indução artificial da procura de cuidados de saúde, constituem violações das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde, previstas e punidas nos termos dos pontos ii) e iii) da alínea b) do n.º 2 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto. [...].”*

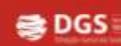
III.8. Análise da situação concreta

124. Atentos os factos descritos na exposição apresentada à ERS pela exponente T.S. foi possível apurar que HOTC, estabelecimento prestador de cuidados de saúde convencionado com o SNS, condiciona a execução de todos os exames endoscópicos à realização dos mesmos com recurso a anestesia, cujos custos importam o pagamento de 85,00 EUR;
125. E, bem assim, à realização prévia de teste RT-PCR para deteção do vírus SARS-CoV-2.
126. Sendo certo que, atualmente, com base nas novas evidências sobre a doença, procedeu ao “[...] *levantamento progressivo das restrições (já temos aceite testes rápidos de Antígeno (TRAg) em doentes com certificado de vacinação)* [...]”.
127. Ora, a vigência dos procedimentos internos vindos de descrever importam uma violação dos direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente do seu direito de acesso à prestação de cuidados de saúde enquanto beneficiários do SNS.

Vejamos,

128. No respeitante à imposição de obrigatoriedade de anestesia, esta medida não tem acolhimento na Norma n.º 012/2020 da DGS, de 6 de maio de 2020, atualizada em 14 de maio de 2020.
129. O mesmo se passando, no respeitante ao procedimento interno de obrigatoriedade de realização prévia de exame de rastreio à Covid-19, que não possui acolhimento na Norma da DGS n.º 019/2020, de 26 de outubro de 2020, atualizada em 13 de outubro de 2021.
130. Veja-se que, o Anexo 4 da Norma da DGS n.º 019/2020 determina as medidas de prevenção e controlo de infeção adequadas aos procedimentos geradores de aerossóis – nos quais se insere a endoscopia digestiva –, designadamente a realização de questionário clínico e epidemiológico e a utilização de equipamentos de proteção individual e adequado, nos termos da Norma n.º 012/2020, de 6 de maio, atualizada em 14 de maio de 2020;
131. Porém, estatui que o teste molecular (TAAN) para SARS-CoV-2 deve ser realizado 24 a 72 horas antes da realização do procedimento, às pessoas que não têm qualquer resposta positiva no questionário clínico e epidemiológico, nos procedimentos geradores de aerossóis de maior risco e com maior consenso na literatura, de acordo com a seguinte tabela:

COVID-19



Procedimentos Geradores de Aerossóis (Alto Risco)^{46,47,48}

- Intubação endotraqueal e extubação;
- Ventilação manual;
- Traqueotomia e procedimentos relacionados com a traqueostomia (inserção, aspiração ou remoção);
- Broncoscopia;
- Cinesiterapia respiratória que envolva indução da expetoração com nebulizações com soro fisiológico;
- Procedimentos de otorrinolaringologia da via aérea superior que envolvam sucção da via aérea;
- Ventilação não-invasiva;
- Oxigenoterapia de alto fluxo;
- Autópsia e procedimentos *post-mortem*, nos termos da Norma 002/2020 da DGS.

132. Ora, a endoscopia digestiva alta não consta da referida listagem, pelo que não é categorizada como procedimento gerador de aerossóis de maior risco e, como tal, sujeito ao dever de realização prévia de teste molecular (TAAN) para SARS-CoV-2.
133. Pelo que, em termos práticos a conduta adotada pelo prestador – de imposição de obrigatoriedade de anestesia e de obrigatoriedade de realização de teste de deteção ao vírus SARS-CoV-2 –, implica que ao utente beneficiário do SNS a quem no limite iria ser cobrado o valor de 12,00 EUR a título de taxa moderadora pela realização do exame endoscópico prescrito¹⁴, passe a ser cobrado o valor de 85,00 € a título de pagamento da realização da anestesia arbitrada pelo prestador e do valor do teste para deteção do referido vírus.
134. O que equivale à imposição de um verdadeiro constrangimento de acesso, o que se torna particularmente expressivo se ponderarmos que os utentes poderiam gozar de isenção ou encontrar-se em situação de dispensa do pagamento de taxas moderadoras, especialmente se ponderada a alteração introduzida pelo Decreto-Lei 96/2020, de 4 de novembro, que prevê a dispensa de cobrança de taxas moderadoras nas consultas e em todos os MCDT prescritos na rede de prestação de cuidados de saúde primários, como parecia ser o caso da utente T.S..

¹⁴ Nos termos da tabela MCDT convencionados 2021, de 1 de julho de 2021, disponível para consulta em: http://www.acss.min-saude.pt/category/prestadores/convencionados/#tab_tabelas-meios-complementares-de-diagnostico-e-terapeutica.

135. Ora, a este propósito cumpre esclarecer que se as entidades prestadoras de cuidados de saúde do setor privado, social e cooperativo, estabelecem livremente os preços dos cuidados de saúde que prestam aos seus utentes, desde que sejam escrupulosamente cumpridas as obrigações decorrentes da Lei a este respeito, nomeadamente de informação prévia e completa aos utentes, e desde que sejam respeitados os casos específicos de utentes que se dirijam aos seus estabelecimentos na qualidade de beneficiários do SNS ou de subsistemas de saúde;
136. O mesmo não acontece com as entidades prestadoras de cuidados de saúde que surgem na veste de estabelecimentos convencionados com o SNS, as quais apenas estão legitimadas a cobrar aos utentes, quando aplicável, o valor devido a título de taxa moderadora, não sendo legalmente admissível impor aos mesmos qualquer outro valor pela referida prestação de cuidados de saúde.
137. Com efeito, os contratos de convenção celebrados entre os prestadores e o SNS têm como objetivo primordial assegurar a prestação de cuidados de saúde, estando, por isso, subjacente aos mesmos a diminuição da liberdade contratual dos prestadores e, sobretudo, a proibição de práticas de rejeição dos utentes beneficiários.
138. Note-se que a alínea a) do n.º 1 da cláusula 7.ª do contrato de convenção, subscrito pelo HOTC, prevê taxativamente que esta tem o dever de: “[...] i) *Prestar cuidados de saúde de qualidade e com segurança aos utentes do SNS, em tempo útil, nas melhores condições de atendimento, não estabelecendo qualquer tipo de discriminação*”, e, bem assim; a “ii) *Executar, exata e pontualmente, as prestações contratuais em cumprimento do convencionado, não podendo transmitir a terceiros as responsabilidades assumidas perante a entidade pública contratante, salvo nos casos legal ou contratualmente admissíveis*”¹⁵;
139. Por sua vez, a cláusula 12.ª prevê, sob a epígrafe “*Recusa de atendimento*”, que o HOTC não pode recusar o atendimento do utente, salvo se “a) *Os atos requisitados não puderem ser executados por avaria do equipamento; b) O utente se apresentar em condições que desaconselhem a realização dos exames ou tratamentos; c) O encerramento da clínica ou consultório não permitir a realização do exame ou tratamento*”;
140. Assim, aderindo às cláusulas contratuais homogéneas, estipuladas unilateralmente pelo SNS, os interessados, como o HOTC, passam a fazer parte da rede de

¹⁵ Nos termos do Despacho n.º 726-D/2015, que estatui o clausulado tipo da convenção a celebrar para a prestação de cuidados de saúde, na área da endoscopia gastroenterológica.

prestadores de serviços com convenção com o SNS e a usufruir da procura dos beneficiários por ela abrangidos.

141. Portanto, os prestadores interessados têm liberdade (inicial) de contratar ou não com o SNS (através da adesão ao contrato tipo), mas não têm já liberdade para determinar o conteúdo negocial da convenção.
142. Ao prestador assiste sempre o direito de celebrar, ou não, o contrato em questão;
143. O direito de resolver o contrato de convenção, no caso de violação reiterada das obrigações da contraparte (*cf.* cláusula 21.^a da minuta-tipo de contrato de convenção);
144. Mas não o direito de alterar os termos da sua vigência.
145. Por conseguinte, os procedimentos adotados pelo prestador (imposição da realização de procedimento endoscópico com recurso a anestesia e, bem assim, imposição de realização prévia de teste para deteção do vírus SARS-CoV-2) não se mostram consentâneos com as sobreditas obrigações assumidas perante o SNS, constituindo, na relação do prestador com a entidade financiadora, um incumprimento contratual e, na relação com os utentes beneficiários, uma violação do direito de acesso à prestação de cuidados de saúde.
146. A ERS pronunciou-se sobre esta matéria no Alerta de Supervisão n.º 01/2021, de 15 de janeiro¹⁶, no qual concluí que a *“adoção de procedimentos internos que corporizem condicionantes ao acesso que não se encontrem previstas na convenção celebrada e/ou nas Orientações emitidas pelas Autoridades de Saúde não se mostra consentânea com as obrigações assumidas perante o SNS, constituindo, na relação do prestador com a entidade financiadora, um incumprimento contratual e, na relação com os utentes beneficiários, uma violação do direito de acesso à prestação de cuidados de saúde”*.
147. Sendo que, nem a anestesia, nem a realização de teste para deteção do vírus SARS-CoV-2, impostos pelo prestador encontram respaldo nos procedimentos de prevenção, controlo e vigilância da infeção pelo vírus SARS-CoV-2 previstos pela DGS, nomeadamente na Norma da DGS n.º 012/2020, que especificamente visa a temática *“COVID-19: Exames Endoscópicos Digestivos”* e na Norma da DGS n.º

¹⁶ Disponível para consulta em:
https://www.ers.pt/media/jdlfu5p4/alerta_de_supervisao_1_2021.pdf.

019/2020, de 26 de outubro de 2020, atualizada em 13 de outubro de 2021, que visa a “Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2”;

148. Assim, quando o prestador impõe essas obrigatoriedades está a restringir as condições em que o utente do SNS – que pretende realizar o exame endoscópico requisitado sem anestesia e sem realização prévia de teste de diagnóstico, de acordo com a credencial do SNS – pode efetivar o seu direito de acesso, constringendo-o ao pagamento de um valor adicional ao da taxa moderadora.
149. Ora, os utentes têm o direito a que lhes sejam prestados apenas os cuidados de saúde de que efetivamente necessitam, bem como, a que os prestadores se abstenham de praticar atos distintos daqueles prescritos com o objetivo de obter para si, de forma direta ou indireta, um benefício que de outra forma não obteriam.
150. Mais, esta imposição de realização de endoscopia com anestesia abrangeu todos os utentes que se deslocaram àquele estabelecimento com o fim de realizarem o exame endoscópico;
151. Uteses que, face aos condicionalismos epidemiológicos atuais, poderão ter aceite a obrigação imposta pelo prestador, arcando indevidamente com o pagamento da anestesia e com o pagamento do teste para deteção do vírus SARS-CoV-2, ou, mesmo, privando-se da realização do exame necessário por impossibilidade de fazerem face àquele encargo suplementar.
152. Face a tudo o supra exposto, considera-se necessária a adoção da atuação regulatória *infra* delineada, ao abrigo das atribuições e competências legalmente atribuídas à ERS no sentido de garantir que os procedimentos implementados pelo HOTC, se relevam aptos a prevenir situações de constrangimento à garantia do direito de acesso;
153. Designadamente, garantindo que enquanto detentores de convenção para atendimento de utentes beneficiários do SNS, a marcação de quaisquer prestações de cuidados de saúde não está sujeita à imposição de condicionantes, como a obrigatoriedade de recurso a anestesia na realização de endoscopia e/ou a realização prévia de teste de rastreio à Covid-19.
154. Finalmente, o procedimento interno de realização de endoscopia com recurso a anestesia e/ou realização prévia de teste de rastreio à Covid-19, aplicado pelo prestador no caso da exponente T.S., constitui uma violação das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde, designadamente aquelas estabelecidas no regime

jurídico das taxas moderadoras, prevista e punida nos termos do ponto ii) da alínea b) do n.º 2 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, e, bem assim, a indução artificial da procura de cuidados de saúde também constitui uma violação das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde, prevista e punida nos termos do ponto iii) da alínea b) do n.º 2 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS;

155. Pelo que, paralelamente com a emissão da ordem e instrução delineada *infra*, competirá à ERS, a final, instaurar um processo contraordenacional contra o HOTC, nos termos e com os fundamentos que oportunamente lhe serão notificados (*cf.* n.º 1 do artigo 22.º dos Estatutos da ERS).

IV. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

156. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo (CPA), aplicável *ex vi* da alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo sido chamados a pronunciarem-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, o HOTC e a exponente T.S., ambos por ofícios datados de 12 de novembro de 2021.

157. Em 15 de novembro de 2021, a ERS foi notificada da pronúncia da exponente T.S., nos termos seguintes:

"[...] Informo, no entanto e desde já, que me oponho a imposição multas e contra-ordenações ao HOTC pois o meu objectivo como utente do SNS é resolver problemas e garantir direitos e não fomentar contendas sobre matérias que o SNS não acautela devidamente.

E, subsiste a questão que não vejo sequer referida no "lençol de juridiquês" com o " despacho" e que é de importância crucial para os pacientes que, como eu têm dor gastrointestinal crónica, que é o de garantir que possam efectuar todos os exames invasivos com sedação devendo, nesses casos, o SNS integrá-los nas taxas moderadoras. Se já o tivesse feito, e estivesse focado, como é sua missão, no bem-estar e saúde dos pacientes tal já estaria em vigor e nem sequer esta questão se colocaria.

Devo dizer que, não obstante a reclamação, o HOTC é talvez o único que continua a fazer estes exames pois contactei dezenas de entidades ditas protocoladas que nem sequer se dignaram a responder sendo que todas cobram esse valor ou superior para

efectuar o exame. Portanto não pactuo com tornar o HOTC bode expiatório das múltiplas ineficiências do sistema.

Os critérios punitivos, judicialistas e ultraprocedimentais no serviço público são simultaneamente causa e consequência do profundo atraso estrutural e de mentalidades que impera em Portugal. [...]”.

158. Em 7 de dezembro de 2021, a ERS tomou conhecimento da pronúncia do HOTC, nos termos seguintes:

“[...]”

Venerável Ordem Terceira de S. Francisco da Cidade - Hospital da Ordem Terceira Chiado, notificada para se pronunciar sobre o projecto de deliberação emitido no processo em referênciã, vem respeitosamente comunicar o seguinte:

As medidas em causa foram tomadas dentro do estrito cumprimento do que se considerou ser, de acordo com as informações disponíveis, a melhor prática preventiva no contexto de pandemia, com benefício quer para o paciente quer para os profissionais que estão ao serviço deste Hospital, no relatório em causa é elencada uma posição que veicula um entendimento contrário.

O Hospital não adere a esse entendimento; sem prejuízo, considerando a redução do grau pandémico, entende-se que a adoção das medidas indicadas no projeto não causam já qualquer perturbação na ordem do serviço e nas condições do mesmo.

Em função do que se comunica que serão de imediato adotadas as medidas propugnadas no referido projeto. [...]”.

159. Analisados os elementos invocados nas pronúncias, cumpre analisar a suscetibilidade de os mesmos infirmarem a deliberação delineada;
160. Desde logo, verifica-se que não foi contestado o quadro factual e jurídico apresentado pela ERS no seu projeto de deliberação, embora o HOTC manifeste o seu desacordo com o entendimento da ERS por considerar as medidas por si adotadas como “a melhor prática preventiva no contexto de pandemia”;
161. De todo o modo, o prestador comunica que irá adequar o seu comportamento ao projeto de deliberação da ERS, faltando, no entanto, corporizar as medidas adotadas para o efeito, juntando aos autos a respetiva documentação de suporte;
162. Face ao exposto, das pronúncias não resultaram quaisquer factos novos capazes de infirmar ou alterar o sentido do projeto de deliberação da ERS, mantendo-se a

necessidade de adoção da atuação regulatória *infra* delineada, ao abrigo das atribuições e competências legalmente atribuídas à ERS.

V. DECISÃO

163. Tudo visto e ponderado, propõe-se ao Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º e alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a emissão de uma ordem à Venerável Ordem Terceira de São Francisco da Cidade, no sentido de dever:
- (i) Cessar imediatamente a imposição de realização de endoscopia com recurso a anestesia a utentes beneficiários do SNS;
 - (ii) Cessar imediatamente a imposição de realização de teste de deteção do vírus SARS-CoV-2 a utentes beneficiários do SNS;
 - (iii) Dar cumprimento imediato à ordem emitida, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 5 (cinco) dias após a notificação da deliberação final, das medidas e/ou procedimentos por si adotados para cumprimento do determinado nos pontos anteriores.
164. Mais se propõe ao Conselho de Administração da ERS, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º e alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a emissão de uma instrução à Venerável Ordem Terceira de São Francisco da Cidade, no sentido de dever:
- (i) Garantir o direito de acesso dos utentes à prestação de cuidados de saúde sempre que este tenha na sua génese um contrato de convenção celebrado pelo prestador com o SNS, ou com qualquer subsistema público de saúde ou equiparado;
 - (ii) Respeitar os termos dos contratos de convenção que tenha celebrado com o SNS, ou com qualquer subsistema público de saúde ou equiparado;
 - (iii) Respeitar o regime jurídico das taxas moderadoras e os regimes especiais de benefícios em vigor, a cada momento, interpretando-os e aplicando-os em conformidade com os princípios e as normas constitucionais;

- (i) Adequar as medidas e/ou procedimentos internamente implementados para realização de endoscopia, nomeadamente de informação prévia e completa aos utentes, e em respeito pelos casos específicos de utentes que se dirijam aos seus estabelecimentos na qualidade de beneficiários do SNS, em cumprimento da Norma da DGS n.º 12/2020, de 6 de maio, atualizada em 14 de maio de 2020, da Norma da DGS n.º 019/2020, de 26 de outubro de 2020, atualizada em 13 de outubro de 2021 e/ou dos normativos e orientações em vigor;
 - (ii) Dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 dias úteis, após a notificação da presente deliberação, dos procedimentos adotados para o efeito.
165. A ordem e instrução emitidas constituem decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos seus Estatutos configura como contraordenação punível *in casu* com coima de 1 000,00 EUR a 44 891,81 EUR, “[...] o desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes regulamentares, de supervisão ou sancionatórios determinem qualquer obrigação ou proibição, previstos nos artigos 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º, 22.º, 23.º”.
166. A presente deliberação será levada ao conhecimento da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P..
167. A versão não confidencial da presente decisão será publicitada no sítio oficial da ERS na Internet.

Aprovado pelo Conselho de Administração da ERS, nos termos e com os fundamentos propostos.

Porto, 17 de dezembro de 2021.



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

© Entidade Reguladora da Saúde, Porto, Portugal, 2021

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

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