



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE POR IMIGRANTES

JUNHO DE 2015

Índice

Sumário Executivo	1
1. Introdução.....	4
2. Enquadramento	7
2.1. O fenómeno da imigração	7
2.2. Políticas de saúde pública e barreiras ao acesso a cuidados de saúde pelos imigrantes	13
3. Saúde como um direito do indivíduo	23
3.1. Fontes internacionais de direito.....	23
3.2. Fontes nacionais de direito.....	26
3.3. Direito à proteção da saúde do cidadão estrangeiro: o caso especial do imigrante	33
3.3.1. Acesso dos cidadãos nacionais de um EM da UE, do EEE ou da Suíça, e dos trabalhadores das instituições europeias	35
3.3.2. Acesso dos cidadãos nacionais de países terceiros abrangidos por acordos bilaterais	44
3.3.3. Acesso dos cidadãos nacionais de países terceiros não abrangidos por acordos bilaterais.....	46
3.3.4. Acesso de cidadãos nacionais de países terceiros com estatuto de refugiado ou direito de asilo	55
4. Acesso a cuidados de saúde por cidadãos estrangeiros em Portugal.....	57
4.1. Os procedimentos de acesso	57
4.2. Análise crítica	66
5. Conclusões.....	69
Anexo I – Informações recolhidas junto das ARS, da ACSS e do ACM	71

Índice de Abreviaturas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, IP

ACM – Alto Comissariado para as Migrações, I.P.

ACN – Active Citizenship Network

ARS – Administração Regional de Saúde

CDHB – Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina

CESD – Cartão Europeu de Seguro de Doença

CNAI – Centro Nacional de Apoio ao Imigrante

CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

CPS – Certificado Provisório de Substituição

CRP – Constituição da República Portuguesa

CSE – Carta Social Europeia

CTH – Consulta a Tempo e Horas

DGS – Direção Geral de Saúde

DUDH – Declaração Universal dos Direitos do Homem

EEE – Espaço Económico Europeu

EM – Estado Membro

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

LBS – Lei de Bases da Saúde

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OIM – Organização Internacional para as Migrações

OMS – Organização Mundial da Saúde

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PEM – Plano Estratégico para as Migrações

PIDESC – Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais

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

RNU – Registo Nacional de Utentes

RRH – Redes de Referência Hospitalar

RSI – Rendimento Social de Inserção

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SSS – Serviços de Segurança Social

TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos

UE – União Europeia

Sumário Executivo

A realização do presente estudo pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), no qual se analisa o acesso a cuidados de saúde por imigrantes em Portugal, afigurou-se oportuna ao abrigo das suas atribuições e incumbências estabelecidas nos n.ºs 2 e 3 do artigo 5.º dos seus Estatutos aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto.

O estudo é constituído por cinco capítulos. Após um primeiro capítulo introdutório no qual é realçado o desiderato do presente estudo, o segundo capítulo dedica-se ao cenário atual da imigração na Europa, bem como à evolução do saldo migratório português. Ali é descrita a procura de cuidados de saúde por parte da população de imigrantes recorrendo a informação de organizações internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Internacional para as Migrações (OIM) e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), entre outras, e de artigos académicos que aplicaram, na sua maioria, inquéritos por questionário para caracterizar a procura de cuidados de saúde, bem como as possíveis barreiras existentes ao acesso a cuidados de saúde pela população imigrante.

Constatou-se que ainda persiste a falta de dados sobre a acessibilidade e utilização dos serviços de saúde por parte de imigrantes, o que limita o conhecimento sobre os múltiplos determinantes da utilização dos serviços de saúde, e as barreiras no acesso a estes serviços. Mais se concluiu pela necessidade de serem especialmente considerados os imigrantes recém-chegados e em situação irregular, por serem estes os subgrupos da população imigrante mais afetados pelas dificuldades e falta de informação para aceder a cuidados de saúde. Além disso, importa identificar claramente as barreiras do lado da procura e da oferta com o intuito de melhor serem combatidas as desigualdades no acesso e utilização dos serviços na população de imigrantes, e dar especial atenção ao atual contexto socioeconómico, aos fatores culturais e às desigualdades de género, na medida em que afetam o estado de saúde dessa população. E, por último, deve-se promover a informação junto da população de imigrantes sobre os direitos à saúde e os requisitos para usar os serviços de saúde.

O capítulo 3 é dedicado às diferentes fontes, de âmbito internacional e nacional, que enunciam a universalidade do direito à proteção da saúde e que permitem enquadrar o acesso aos cuidados de saúde por parte dos cidadãos estrangeiros. As diferentes

nacionalidades e circunstâncias de quem decide deixar o seu país de origem circunscrevem diferentes enquadramentos jurídicos e fáticos do direito à proteção da saúde atribuído aos cidadãos estrangeiros. Por isso, a discussão ali apresentada foi alargada, também, às pessoas que, apesar de serem cidadãos estrangeiros, não são enquadráveis (apenas) no âmbito subjetivo considerado pela Lei n.º 23/2007, de 4 de julho, mas na delimitação de titular do direito à proteção da saúde e do dever de a defender e promover, e na de beneficiário do Serviço Nacional de Saúde, tal como consignadas na Constituição da República Portuguesa e na Lei de Bases da Saúde, respetivamente. Posto isto, apresentam-se de forma distinta quatro realidades, a saber, a do cidadão europeu de um Estado Membro da União Europeia, do Espaço Económico Europeu (EEE) e da Suíça (que decide residir de forma permanente ou temporária em Portugal) bem como do trabalhador das instituições europeias, a do cidadão nacional de um país terceiro com quem Portugal outorgou um acordo bilateral (aqui também consideradas as deslocações motivadas por formação e educação), a do cidadão nacional de um outro país com o qual não existe qualquer acordo bilateral, que também pode estar em Portugal em situação irregular, e finalmente, a do cidadão nacional de país terceiro com estatuto de refugiado ou direito de asilo.

O quarto capítulo serve, num primeiro momento, à esquematização do enquadramento legal e normativo antecedente e à descrição e realce da realidade conhecida pelas estruturas do sistema de saúde, aqui as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), bem como do Alto Comissariado para as Migrações, IP (ACM). O capítulo é finalizado com uma análise crítica aos procedimentos que concretizam aquele quadro legal e normativo. Com efeito, do confronto entre o entendimento legislativo e a realidade verificada junto das ARS competentes, da ACSS e do ACM, resulta que se mantêm barreiras no acesso aos cuidados de saúde por parte do cidadão estrangeiro que, desde logo, se prendem com dificuldades linguísticas, diferenças culturais, problemas e dificuldades socioeconómicas, mas também com barreiras assentes em constrangimentos informáticos e de procedimentos instalados na referenciação destes utentes e na prescrição de medicamentos pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS). Especialmente no caso dos imigrantes em situação irregular, identificaram-se questões relevantes no atendimento e acesso a cuidados de saúde que não raras vezes decorrem do facto de os sistemas informáticos não permitirem, por exemplo, a referenciação para cuidados diferenciados ou, ainda, a prescrição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e de medicamentos. Por outro lado, percebe-se que as instituições não têm logrado acompanhar devidamente esta realidade, não obstante a vontade

governamental plasmada nos textos legais. Com efeito, as entidades prestadoras de cuidados de saúde, cada uma das ARS e a própria ACSS, não têm dado cumprimento à obrigação que sobre cada uma impende de registar, tratar e monitorizar informação sobre todos os cidadãos estrangeiros que acedem aos cuidados de saúde no SNS. Tanto decorre quer da insuficiente informação recolhida pelos prestadores (que, na maioria das situações, não lograram dar cumprimento à obrigação de reportar devidamente a cada uma das ARS), quer ainda, da incapacidade do sistema informático para recolher tal informação ou mesmo da omissão no tratamento e não existência de procedimentos de monitorização da realidade, por parte da ACSS.

O quinto e último capítulo é dedicado às principais conclusões das análises empreendidas no estudo. Conforme visto, hoje não há ainda um efetivo conhecimento da realidade relativamente aos utentes cidadãos estrangeiros, seja no que respeita à sua identidade, à sua nacionalidade e sua origem, seja ainda relativamente aos cuidados que são prestados e aos valores que lhes são efetivamente cobrados. E, naturalmente, esta falta de conhecimento limita a capacidade de se desenhar políticas que promovam um melhor acesso pelos imigrantes a cuidados de saúde que lhes estão legalmente salvaguardados.

1. Introdução

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) em cumprimento das atribuições e incumbências tal como definidas nos n.ºs 2 e 3 do artigo 5.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, e do por si proposto no Plano de Atividades de 2015, decidiu estudar o tema do direito à proteção da saúde dos imigrantes, em concreto delimitando o enquadramento legal do acesso aos cuidados de saúde e analisando a concretização desse acesso por parte da população imigrante.

Neste contexto, foram considerados os objetivos regulatórios estabelecidos no artigo 10.º dos Estatutos da ERS, mormente os atinentes ao cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei, à garantia dos direitos e interesses legítimos dos utentes e à prestação de cuidados de saúde de qualidade, todos melhor delimitados nas alíneas b), c) e d), respetivamente, daquela mesma disposição. Foram igualmente consideradas as incumbências definidas no artigo 12.º dos Estatutos desta entidade reguladora, que visam assegurar o direito universal e equitativo à prestação de cuidados de saúde nos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos estabelecimentos publicamente financiados e nos demais contratados para a prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS, prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundada dos utentes do SNS e da rede nacional de prestação de cuidados de saúde e zelar pelo exercício da liberdade de escolha nos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, aqui incluído o direito à informação.

O movimento migratório é decididamente um fenómeno nacional e internacional e é julgado como um dos desafios da saúde pública a enfrentar pelos governos e pelas sociedades, na medida em que obriga a uma acentuada preocupação na formulação de políticas e programas que considerem e acautelem o acesso aos cuidados de saúde, com particular atenção à redução das desigualdades a esse mesmo acesso e à eliminação de barreiras a tais cuidados. Tanto impõe uma reconhecida necessidade de se compreender a movimentação da população e do seu impacto na saúde para os países de acolhimento. Sabe-se que os grupos de população de imigrantes e, em geral, de cidadãos estrangeiros, são muito heterógenos, na medida em que incluem trabalhadores, estudantes, não ativos, refugiados e apátridas e, ainda, imigrantes em situação regular e não regular, entre outros, detentores de diferentes estados de saúde e de distintas necessidades de cuidados de saúde. Tal heterogeneidade

representa um desafio para cada um dos países de acolhimento, na medida em que a estes importa gerir as relações, os problemas e os riscos que surgem sempre que alguém reside (por vezes, mesmo de forma clandestina) num país do qual não é oriundo. Neste âmbito, revela-se (também) como um desafio, aos países de acolhimento, determinar, afinal, que cuidados de saúde e em que termos devem ser prestados a quem não é seu nacional.

Pelo referido, a análise do acesso aos cuidados de saúde e da equidade nesse acesso por parte dos imigrantes revela-se crucial e, no caso português, deve importar um entendimento claro e cabal das atribuições do nosso sistema de saúde na garantia do direito à saúde a todos, em respeito pelo artigo 64.º do Constituição da República Portuguesa (CRP).

Importa anotar preliminarmente que não obstante a intenção primeira de apresentar uma reflexão sobre o acesso por parte dos imigrantes, as diferentes realidades vivenciadas pelas pessoas que decidem permanecer e residir em Portugal permitiram concluir que é relevante perceber as circunstâncias em que tal acontece e, naturalmente, analisar os diferentes enquadramentos jurídicos e fáticos do direito à saúde. E, por esse motivo, a discussão é alargada, também, às situações específicas de quem, não sendo nacional, não é enquadrado apenas no âmbito subjetivo definido na Lei n.º 23/2007, de 4 de julho, mas é já considerado o titular do direito e do dever consignados na CRP e o beneficiário do SNS tal como definido na Lei de Bases da Saúde (LBS). Por isso, o capítulo dedicado ao enquadramento legal considera os cidadãos dos países da União Europeia (UE), do Espaço Económico Europeu (EEE) e da Suíça, (e, ainda, os trabalhadores de instituições europeias), os cidadãos nacionais de países com os quais Portugal celebrou acordos bilaterais, os cidadãos nacionais de países com quem Portugal não detém um qualquer acordo bilateral (e aqui, os que permanecem no nosso país, mesmo que em situação não regular) e, finalmente, os cidadãos nacionais de países terceiros com estatuto de refugiado ou direito de asilo.

O presente estudo está dividido em cinco capítulos, sendo o segundo e o terceiro dedicados ao enquadramento do movimento migratório e ao enquadramento legal e normativo, respetivamente. O quarto capítulo serve, num primeiro momento, à esquematização do enquadramento legal e normativo antecedente e à descrição e realce da realidade conhecida pelas estruturas do sistema de saúde, aqui as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), bem como do Alto Comissariado para as Migrações (ACM), para finalizar com a uma análise crítica aos procedimentos que concretizam aquele quadro

legal e normativo. Finalmente, o quinto e último capítulo é dedicado às principais conclusões do estudo que ora se apresenta.

Numa nota final deste capítulo introdutório, a ERS pretende agradecer a colaboração de diversas instituições no âmbito do estudo que se apresenta, realçando-se em particular o contributo do Senhor Alto Comissário para as Migrações, Dr. Pedro Calado. Adicionalmente, impõe-se um agradecimento à Professora Doutora Sónia Dias, do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, que, a convite da ERS enviou comentários e sugestões que muito enriqueceram este trabalho.

2. Enquadramento

De acordo com a Organização Internacional para as Migrações (OIM), vive-se hoje na era de maior mobilidade humana registada na história. Há mais pessoas em movimento do que nunca, com o número total de migrantes internacionais atualmente estimado em 214 milhões, dos quais a maioria se desloca intra-regionalmente (OIM, 2013)¹. Assumindo que a migração é reconhecida internacionalmente como um dos desafios para a saúde pública, alguns governos e instituições governamentais e não-governamentais têm mostrado uma preocupação crescente com a necessidade de formular políticas e programas que abordem as desigualdades de acesso a cuidados de saúde e que eliminem barreiras de acesso a tais cuidados (OIM, 2013). Apesar destes esforços, os imigrantes continuam a ser negligenciados em muitos países, onde o acesso aos cuidados de saúde, muitas vezes, ainda é limitado e condicional. Isto é particularmente relevante em tempos de crise económica, em que a escassez de recursos financeiros exerce pressões sobre os sistemas de saúde e sobre os decisores de políticas de saúde.

No presente capítulo pretende-se caracterizar o cenário atual da imigração na Europa, bem como a evolução do saldo migratório português. De seguida, descreve-se a procura de cuidados de saúde por parte da população de imigrantes recorrendo a informação de organizações internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a OIM e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), entre outras, e de artigos académicos que aplicaram, na sua maioria, inquéritos por questionário para caracterizar a procura de cuidados de saúde, bem como as possíveis barreiras existentes ao acesso a cuidados de saúde pela população imigrante.

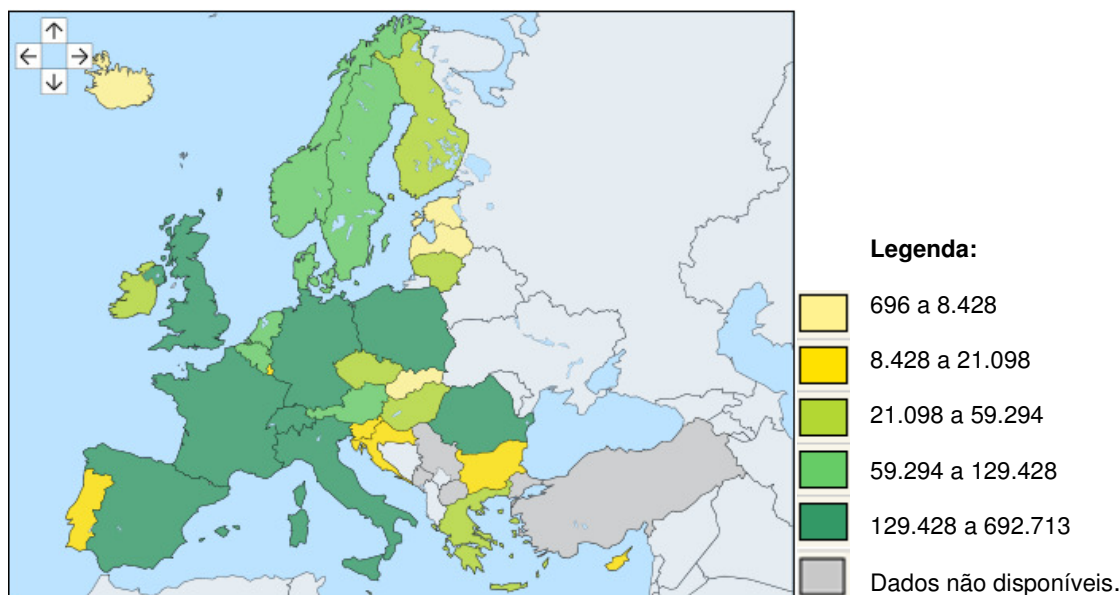
2.1. O fenómeno da imigração

De acordo com a OIM, existe uma variedade de razões apontadas para os fluxos migratórios que incluem conflitos, desastres naturais ou degradação ambiental, perseguição política, pobreza, discriminação e falta de acesso a serviços básicos e a procura de novas oportunidades, nomeadamente em termos de trabalho e/ou educação (OIM, 2013).

¹ Organização Internacional para a Migração, (2013) “International Migration, Health and Human Rights”, disponível em www.iom.int.

O mapa 1 espelha a imigração de longa duração na Europa no ano de 2013, constatando-se que em cinco países, o número de novos imigrantes registados (nesse ano) ficou compreendido no intervalo de 696 a 8.428². No intervalo seguinte, entre 8.428 e 21.098, estão seis países³, incluído Portugal, e em cada um dos intervalos seguintes⁴ estão igualmente seis países, com exceção do intervalo entre 129.428 e 692.713⁵ que abrange oito países, e cinco países não tinham dados disponíveis.

Mapa 1 – Número de novos imigrantes de longa duração na Europa, 2013



Fonte: Eurostat.

Na União Europeia dos 27 países (UE27), o número total de novos imigrantes de longa duração, em 2013, foi de 3.378.912. Deste grupo de países, destaca-se a Alemanha que exibiu um maior número de novos imigrantes de longa duração, nesse ano, com 692.713 (representando 20,5% do total de imigrantes da UE27), seguida da Inglaterra com 526.046 (15,6% do total), da França com 332.640 (9,8% do total) e da Itália com 307.454 (9,1% do total).

² Os cinco países incluídos no intervalo entre 696 e 8.428 de imigrantes são: Eslováquia, Estónia, Islândia, Letónia e Liechtenstein.

³ Os seis países incluídos no intervalo entre 8.428 e 21.098 de imigrantes são: Bulgária, Chipre, Croácia, Eslovénia, Malta e Portugal.

⁴ Os seis países incluídos no intervalo entre 21.098 e 59.294 de imigrantes são: Finlândia, Grécia, Hungria, Lituânia, Luxemburgo e República Checa.

Os seis países incluídos no intervalo entre 59.294 e 129.428 de imigrantes são: Áustria, Bélgica, Dinamarca, Irlanda, Noruega e Suécia.

⁵ Os oito países incluídos no intervalo entre 129.428 a 692.713 de imigrantes são: Espanha, França, Holanda, Itália, Polónia, Reino Unido, Roménia, e Suíça.

Tendo por base a análise da taxa de crescimento anual média, entre 2009 e 2013, constata-se um crescimento do número de novos imigrantes de longa duração nos países que integram a UE27. No entanto, esta realidade é mais acentuada em países como a Lituânia (28%), a Letónia (18%) e a Alemanha (15%). Em tendência contrária, destacam-se os países com dois dígitos de decréscimo anual como a Grécia (21%), Eslováquia (20%), República Checa (17%), Eslovénia (14%) e Portugal (11%).

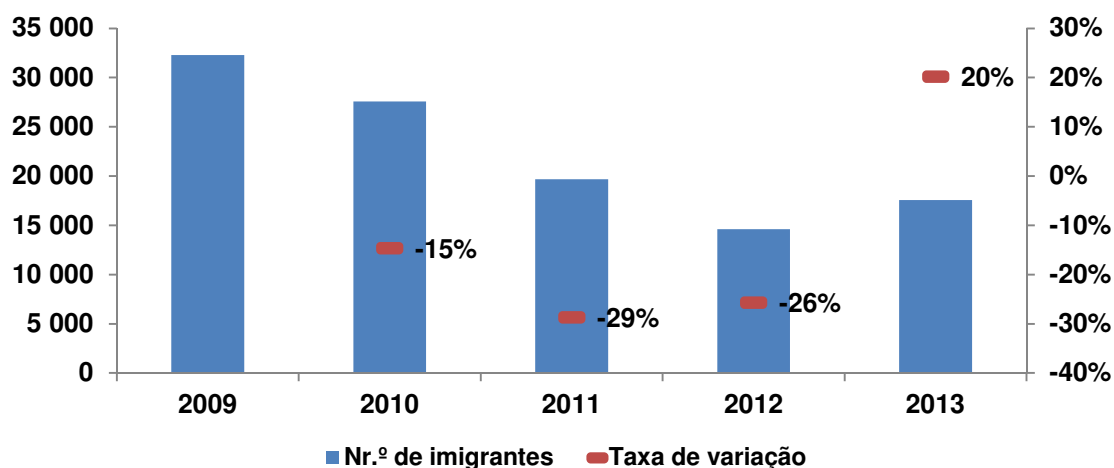
Tabela 1 – Evolução do número de novos imigrantes de longa duração, em Portugal e UE27, 2009-2013

	Taxa de variação no período	Taxa de crescimento anual médio no período
Portugal	-36%	-11%
UE27	3%	1%

Fonte: Eurostat.

No caso português, e considerando o horizonte temporal entre 2009 e 2013, verificou-se um decréscimo na população de imigrantes até 2012, sendo este mais acentuado entre 2010 e 2011, e um crescimento de 20% entre 2012 e 2013 (ver gráfico 1).

Gráfico 1 – Total de novos imigrantes de longa duração e taxa de variação anual em Portugal, 2009-2013



Fonte: Eurostat.

Em 2014, o Continente Europeu era a região com maior representatividade em termos de população estrangeira com estatuto legal de residente em Portugal (39,5% do total), seguido dos continentes Africano (25,4%) e Americano (24,2%), e por último, do Continente Asiático, com 11,0%. Verifica-se, também, que no grupo de países do Continente Europeu predominava a população estrangeira com estatuto legal de

residente vinda da Ucrânia e da Roménia, no Continente Africano, destaca-se a população de Cabo Verde, e o Brasil e a China nos Continentes América do Sul e Ásia, respetivamente.

A população estrangeira com estatuto legal de residente em Portugal diminuiu, entre 2009 e 2014, a uma taxa de crescimento anual média de -2,4%, verificando-se um decréscimo mais acentuado de oriundos de alguns países, nomeadamente da Moldávia, Ucrânia, Angola, Guiné-Bissau e Brasil.

Tabela 2 – População estrangeira com estatuto legal de residente, total e por nacionalidades, em Portugal, 2009-2014

Continente/País	Imigrantes em 2014	%	Taxa de crescimento médio 2009-2014
Europa	153.937	39,5%	-2,1%
Moldávia	8.458	5,5%	-13,9%
Reino Unido	16.560	10,8%	0,2%
Roménia	31.505	20,5%	-0,5%
Ucrânia	37.809	24,6%	-5,2%
Outro	59.605	38,7%	1,0%
África	98.948	25,4%	-3,2%
Angola	19.478	19,7%	-4,9%
Cabo Verde	40.563	41,0%	-2,9%
Guiné-Bissau	17.728	17,9%	-3,8%
Moçambique	2.813	2,8%	-2,7%
S. Tomé e Príncipe	10.028	10,1%	-1,7%
Outro	8.338	8,4%	-0,9%
América	94.392	24,2%	-4,5%
Brasil	85.288	90,4%	-5,0%
Outro	9.104	9,6%	0,6%
Ásia	42.837	11,0%	5,9%
China	21.042	49,1%	6,6%
Outro	21.795	50,9%	4,3%
Total	390.114	100,0%	-2,4%

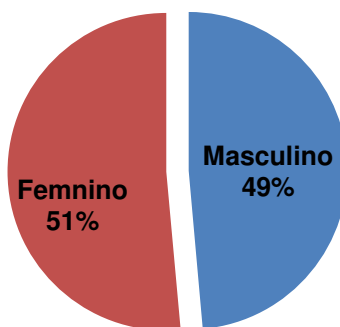
Fonte: PORDATA.

Quanto a distribuição geográfica, a população estrangeira residente concentra-se especialmente no litoral, sendo certo que os dados de 2014 revelam que cerca de 69,3% estão registados nos distritos de Lisboa (176.927), Faro (57.212) e Setúbal (39.763).⁶

⁶ Relatório de “Imigração, Fronteiras e Asilo”, 2014, Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Disponível em: <http://sefstat.sef.pt/relatorios.aspx>.

Ainda no caso português, verifica-se paridade no género dos imigrantes, com o sexo feminino a representar 51% e o masculino 49% do total de imigrantes. De acordo com o “Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo”, de 2014, do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), quanto à distribuição por género, atenta a origem geográfica, verifica-se maior predominância do sexo feminino nos provenientes da América, outros da Europa e África, aspeto que já se verificava no ano de 2013. Como fatores explicativos enunciam-se o reagrupamento familiar e a redução do quantitativo de residentes do sexo masculino. E, no mesmo relatório, destaca-se que cerca de 83,5% dos cidadãos estrangeiros residentes fazem parte da população potencialmente ativa (330.107), sendo de evidenciar a preponderância do grupo etário dos 20-39 anos (173.114). Este grupo populacional tem uma composição por género com maior preponderância feminina (53%).

Gráfico 2 – População estrangeira com estatuto legal de residente, por género, Portugal, 2014



Fonte: PORDATA.

Ainda de acordo com dados do SEF, em 2014 foram identificados 2.393 cidadãos estrangeiros em situação irregular, representando 6,2% do total de estrangeiros identificados. Importa realçar que o número de estrangeiros nesta situação aumentou 42,3% de 2013 para 2014. Em 2013 e 2014, Brasil e Cabo Verde foram os principais países de origem dos estrangeiros identificados em situação irregular.

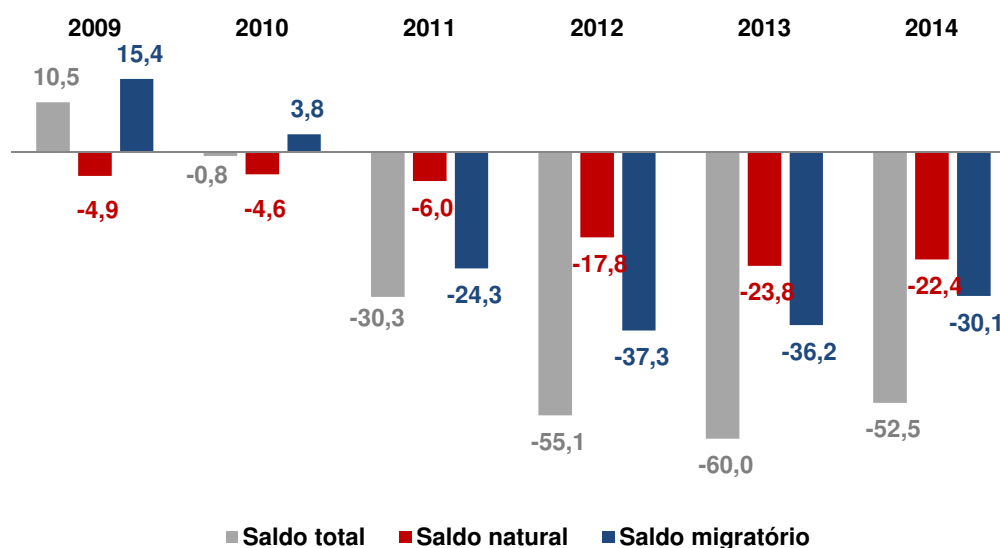
Tabela 3 – Estrangeiros identificados em situação irregular, 2013 e 2014⁷

	2013	2014	Taxa de variação
Total de estrangeiros identificados	38.152	38.843	1,8%
Estrangeiros identificados em situação irregular	1.682	2.393	42,3%
Estrangeiros identificados em situação irregular (em %)	4,4%	6,2%	1,8 p.p.

Fonte: SEF, 2014 e 2013.

O saldo migratório em Portugal apresentou valores positivos na década passada, mas entre 2011 e 2014 registou valores negativos. Esta realidade associada a saldos naturais cada vez mais negativos conduz a que Portugal assista a saldos populacionais totais negativos (ver gráfico 3). Em suma, conclui-se que a partir de 2011 o saldo migratório em Portugal deixou de conseguir compensar os valores negativos do saldo natural.

Gráfico 3 – Saldos populacionais anuais, total, natural e migratório, em milhares de indivíduos, 2009-2014



Fonte: PORDATA.

Importa realçar que a tendência decrescente da imigração em Portugal é também descrita no Plano Estratégico para as Migrações 2015-2020 (PEM), aprovado pela Resolução de Conselho de Ministros n.º 12-B/2015, de 20 de março, onde é evidenciado que, desde o início do século XXI, assistiu-se a um decréscimo da

⁷ Os “Relatórios de Imigração, Fronteiras e Asilo” de 2013 e de 2014 publicados pelo Serviço de Estrangeiros e Fronteiras encontram-se disponíveis em: <http://sefstat.sef.pt/relatorios.aspx>.

população imigrante, numa tendência que se confirmou igualmente no ano de 2014⁸. No mesmo documento destaca-se que foi verificada uma subida do número de descendentes de imigrantes nascidos em Portugal que, por via das alterações à Lei n.º 37/81, de 3 de outubro (Lei da Nacionalidade), introduzidas pela Lei Orgânica n.º 2/2006, de 17 de abril, adquiriram a nacionalidade portuguesa, sendo hoje novos cidadãos nacionais.

Com efeito, no relatório *International Migration Outlook 2014* da OCDE, aponta-se que a recessão económica e a naturalização são as principais razões para a diminuição do número de imigrantes em Portugal.

Importa referir que compete ao SEF a atribuição e a aquisição da nacionalidade portuguesa, bem como a emissão de parecer no que refere à certificação do tempo de residência no território português. Em 2014, foram formulados 32.349 pedidos de atribuição e aquisição da nacionalidade portuguesa (correspondendo a um aumento de 7,4% face a 2013). O SEF emitiu 20.521 pareceres, dos quais 20.115 foram positivos. Os 406 pareceres negativos emitidos foram fundamentados com base em razões de segurança interna, existência de medidas cautelares nacionais e internacionais ou por não habilitação com título de residência.⁹

Para fazer face à atual situação da imigração, o PEM definiu cinco eixos prioritários de ação que se encontram melhor definidos, de seguida, no capítulo dedicado à descrição do direito à saúde dos cidadãos.

2.2 Políticas de saúde pública e barreiras ao acesso a cuidados de saúde pelos imigrantes

A migração é reconhecida internacionalmente como um desafio de saúde pública. Com efeito, nesta vertente, identifica-se a necessidade de compreensão da

⁸ De acordo com o PEM, o perfil migratório português alterou-se desde os anos 60 do século passado. De um país fortemente marcado pela emigração, Portugal transformou-se, na década de 90 do mesmo século, num país muito procurado por imigrantes para viverem e trabalharem. Desde o início do século XXI tem-se assistido a uma nova alteração do perfil migratório do país, com o decréscimo da população imigrante, numa tendência que se confirma igualmente no ano de 2014.

⁹ “Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo”, 2014, Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Disponível em: <http://sefstat.sef.pt/relatorios.aspx>.

movimentação da população e do seu impacto na saúde, quer para os países de acolhimento, trânsito e origem, quer para as populações, migrantes e autóctones¹⁰.

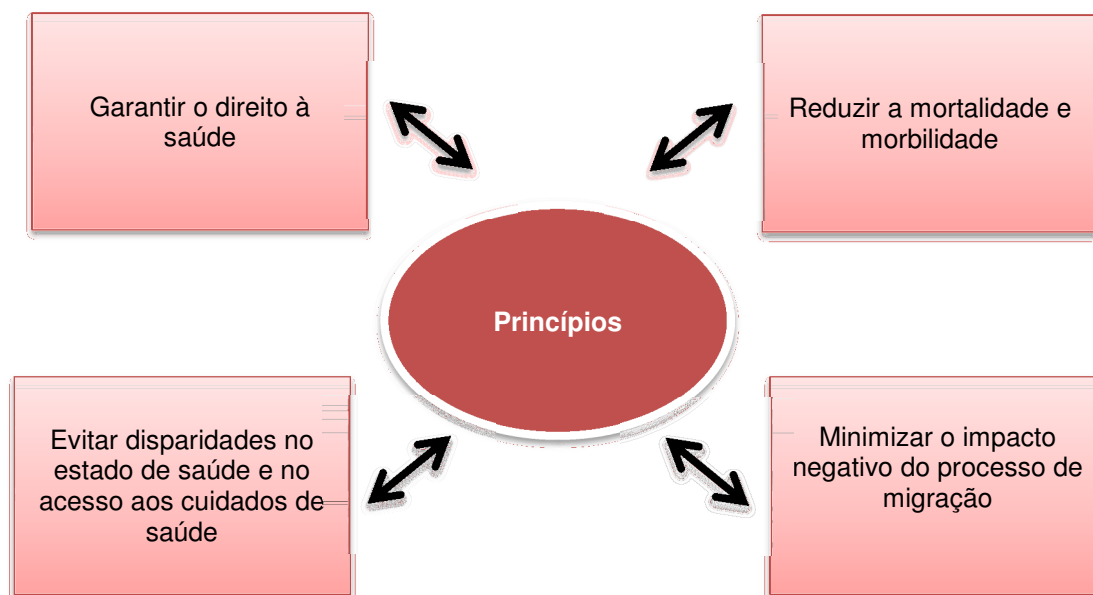
Sabe-se que os grupos de população de imigrantes são muito heterógenos, incluindo trabalhadores, refugiados, estudantes e imigrantes não regulares, entre outros, com diferentes estados de saúde e necessidades de cuidados de saúde. O acesso a cuidados de saúde por parte dos imigrantes regulares e irregulares é considerado um desafio crucial de saúde pública enfrentado pelos governos e sociedades. A OMS (2010) identifica quatro princípios que a saúde pública deverá considerar na promoção da saúde dos migrantes e da população de acolhimento (ver figura *infra*)¹¹:

- i. evitar disparidades no estado de saúde e no acesso aos cuidados de saúde entre os migrantes e a população de acolhimento;
- ii. garantir o direito à saúde dos migrantes; tal direito implica reduzir a discriminação e a possibilidade de impedimento no acesso dos migrantes às intervenções preventivas e curativas, que são os direitos básicos de saúde da população de acolhimento;
- iii. reduzir a mortalidade e morbilidade das populações migrantes; isto é de particular relevância em situações de migração forçada resultante de catástrofes ou conflitos;
- iv. minimizar o impacto negativo do processo de migração; a migração geralmente torna os migrantes mais vulneráveis aos riscos de saúde decorrentes da mudança e adaptação a novos ambientes.

¹⁰ Dias, Sónia e Aldina Gonçalves, 2007, “Migrações e Saúde”, Observatório de Imigração, ACIDI IP.

¹¹ World Health Organization, 2010, “*Health of migrants: the way forward - report of a global consultation*”, Madrid, Spain, 3-5 March.

Figura 1 – Princípios para a promoção de saúde pública na população de migrantes



Fonte: OMS (2010).

A OMS (2010) destacou também que deve ser envolvido um conjunto de *stakeholders* – profissionais de saúde, empregadores, organizações nacionais e internacionais, organizações não-governamentais, entre outros – nos planos de ação relativamente ao estado de saúde dos migrantes.

Apesar da investigação crescente neste campo, ainda persiste a falta de dados sobre a acessibilidade, a utilização e a adequação dos serviços de saúde, bem como sobre a satisfação por parte da população de imigrantes nos serviços de saúde e sobre possíveis problemas no sistema de saúde.

Como evidenciado por vários autores, apesar da escassez de informação, a investigação e os indicadores de saúde disponíveis parecem apontar para que os migrantes apresentem uma maior vulnerabilidade a doenças ou a outros problemas de saúde¹². Destacam-se as doenças cardiovasculares, de saúde mental, problemas de

¹² Nielsen S.S. e Krasnik A., 2010, "Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review". *Int. J. Public Health* 55: 357–371.

saúde materno-infantil, diabetes, cancro e outros fatores de risco associados, bem como as doenças transmissíveis como a infeção VIH/SIDA, entre outras^{13 14}.

Comprova-se, também, que as populações de imigrantes apresentam uma maior taxa de prevalência destas doenças que as populações autóctones. Há, no entanto, situações em que alguns imigrantes são mais saudáveis do que as populações autóctones e do que as populações da mesma origem, que já nasceram nos países de acolhimento¹⁵. A título exemplificativo, no estudo desenvolvido por Dias *et. al.* (2013)¹⁶, no qual foi analisada uma amostra de 1.375 imigrantes (51,1% do género feminino), 66,7% dos homens e 56,6% das mulheres reportaram “bom” estado de saúde. Note-se também que tanto nos homens como nas mulheres, o “bom” estado de saúde foi associado à idade mais jovem, à nacionalidade dos imigrantes de origem africana e brasileira (em comparação com os imigrantes provenientes da Europa de Leste), à mais elevada escolaridade, à ausência de doença crónica, e, ainda, à maior preocupação com os hábitos alimentares. Entre as mulheres, o “bom” estado de saúde foi ainda associado à maior perceção de que o rendimento é suficiente para garantir as necessidades, à ausência de doença mental, e à prática regular de exercício físico. A título comparativo, diga-se que no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 (INS 2005/2006)¹⁷, foi possível concluir que a proporção de homens que avaliaram o seu estado de saúde como “muito bom” ou “bom” foi de 59,6%, superior em 12 pontos percentuais à proporção de mulheres com opinião idêntica (47,6%). Apesar do desfasamento temporal do INS 2005/2006 e da diferença na escala de avaliação relativamente ao estudo por Dias *et. al.* (2013), certo é que, em ambos os estudos, os homens reportaram um estado de saúde melhor relativamente ao das mulheres, e comparando os dois estudos, os imigrantes percecionaram um estado de saúde melhor relativamente aos cidadãos nacionais.

Assim, o impacto da migração na saúde e os determinantes presentes em cada fase do processo migratório variam com o tipo de migração (regular/irregular, voluntária/forçada), o ambiente global dos países de origem, trânsito e acolhimento, as

¹³ Harding, S., Paula Santana, J. Kennedy Cruickshank e Massoud Boroujerdi, 2006, “Birth Weights of Black African Babies of Migrant and Nonmigrant Mothers Compared With Those of Babies of European Mothers in Portugal”, *Annals of Epidemiology*, 16, pp. 572-579.

¹⁴ Dias, S., Adilson Marques, Ana Gama e Maria O. Martins, 2014, “HIV Risky Sexual Behaviors and HIV Infection Among Immigrants: A Cross-Sectional Study in Lisbon, Portugal”, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 11, pp. 8552-8566.

¹⁵ Barros, P. P., & Pereira, I. M., 2010. “Health care and health outcomes of immigrants: Evidence from Portugal”. CEFAGE-UAE *Working Papers* 2010/04, Évora, Portugal.

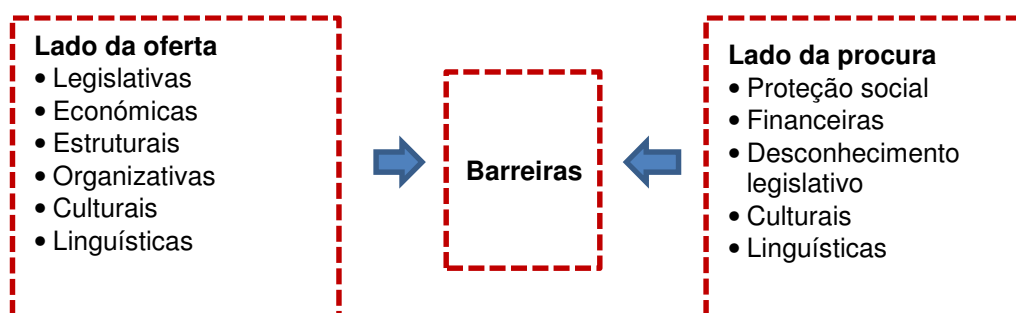
¹⁶ Dias, S., Ana Gama e Maria Oliveira Martins, 2013, “Health status and preventative behaviors of immigrants by gender and origin: A Portuguese cross-sectional study”, *Nursing and Health Sciences*, 15, pp. 309-317.

¹⁷ INE, I.P. / INSA, I.P., Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, 2009, Lisboa-Portugal.

políticas de imigração adotadas no país de chegada, as condições de acolhimento ou o contacto mantido com o país de origem.¹⁸

Embora estando prevista a garantia do direito universal de acesso aos cuidados de saúde, em alguns países, por vezes, verificam-se barreiras que podem limitar o acesso aos cuidados de saúde, principalmente pelos imigrantes em situação irregular. Para melhor compreensão das possíveis barreiras de acesso por parte dos imigrantes, estas podem ser divididas entre o lado da oferta dos cuidados de saúde dos países de acolhimento e o lado da procura por parte do imigrante (ver figura *infra*).

Figura 2 – Possíveis barreiras ao acesso aos cuidados de saúde por parte da população imigrante



Fonte: Elaboração própria.

Do lado da oferta, podem existir barreiras legislativas, nas quais se destacam, por um lado, a limitação de situações em concreto para a prestação de cuidados de saúde e, por outro lado, a possibilidade dos profissionais de saúde e do pessoal administrativo apresentarem um conhecimento limitado da legislação e/ou da sua aplicabilidade. Além disso, os profissionais de saúde e o pessoal administrativo muitas vezes também se deparam com barreiras linguísticas e culturais que podem também condicionar o acesso à informação e à utilização dos serviços de saúde.¹⁹ ²⁰ Outros fatores

¹⁸ Dias, Sónia e Aldina Gonçalves, 2007, "Migrações e Saúde", Observatório de Imigração, ACIDI I.P. e referências bibliográficas descritas no artigo.

¹⁹ Dias, S., Gama, A., Silva, A., Cargaleiro, H., Martins, M.O., 2011, "Barreiras no acesso e utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes: A perspectiva dos profissionais de saúde", *Acta Médica Portuguesa*, 24:511-516.

²⁰ Dias, S., Gama, A., Cargaleiro, H. & Martins, M.O., 2012, "Health workers' attitudes toward immigrant patients: A cross-sectional survey in primary health care services". *Human Resources for Health*, 10(1):14.

relevantes são os constrangimentos económicos e financeiros e a falta de outros recursos na área da saúde, bem como uma deficiente estrutura organizativa em alguns países de acolhimento que pode condicionar a adequação e/ou eficácia das respostas às necessidades de saúde das populações imigrantes.

Do lado da procura, surgem barreiras à utilização dos serviços de saúde por parte das populações imigrantes, de entre as quais se destacam a situação laboral instável e precária dos imigrantes, a dificuldade em obter proteção social e o custo associado aos cuidados de saúde. Os obstáculos linguísticos e culturais também podem ser um entrave à procura dos cuidados de saúde necessários por parte do imigrante. Outros problemas podem ser aqui considerados, como sejam níveis socioeconómicos mais baixos, deficientes condições de habitação, rendimentos reduzidos, empregos precários, *stress* psicológico associado à exclusão social e à ausência de redes de apoio, todos relacionados com a saúde, contribuindo para a situação desfavorável deste grupo populacional.²¹

Num estudo empírico²² com uma amostra de 1.513 imigrantes inquiridos no Centro Nacional de Apoio ao Imigrante²³, em Lisboa, concluiu-se que, de entre os obstáculos a um acesso aos cuidados de saúde adequado e oportuno, constam os tempos de espera (50,2%), as atitudes dos prestadores (17,9%), o custo (3,4%), a distância e os meios de transporte (2,2%), e o idioma (1,3%).

Como referido anteriormente, apesar de um crescente esforço, ainda persiste a falta de dados sobre a utilização dos serviços de saúde por parte da população de imigrantes, o que limita o conhecimento sobre os determinantes da utilização dos serviços de saúde. Ainda referindo o mesmo estudo, 3,6% dos inquiridos afirmaram não saber onde recorrer em caso de um problema de saúde. Cerca de 20% dos inquiridos evidenciaram que nunca tinham recorrido ao SNS, mais homens do que mulheres (24,9% versus 17,5%, respetivamente). E dos que já tinham recorrido ao SNS, 35,6% foram atendidos nos centros de saúde, 12% no hospital, e 54,4% beneficiaram dos dois tipos de cuidados. Relativamente ao grau de satisfação destes tipos de cuidados de saúde, 22,4% evidenciaram estar insatisfeitos ou muito

²¹ Scheppers, E., Els van Dongen, Jos Dekker, Jan Geertzen e Joost Dekker, 2006, "Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review", *Family Practice*, 23, pp. 325-348.

²² Dias, S., Milton Severo e Henrique Barros, 2008, "Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal", *BMC Health Services Research*, 8, pp. 1-8.

²³ Os Centros Nacionais de Apoio ao Imigrante pertencem atualmente ao ACM. Note-se que o Decreto-Lei n.º 31/2014, de 27 de fevereiro, veio estabelecer o Alto Comissariado para as Migrações, IP, que sucedeu ao Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, IP, entretanto extinto.

insatisfeitos. Relativamente à utilização de diferentes serviços de saúde, conclusões semelhantes foram retiradas de outro estudo²⁴, em que numa amostra de 1.375 imigrantes a maioria (77%) recorreu aos serviços de saúde públicos e, destes, metade aos cuidados de saúde primários e um terço a cuidados de saúde de emergência.

No estudo de Dias *et al.* (2008) foi também referido que a utilização de serviços de saúde por parte das mulheres imigrantes estará significativamente associada à duração da estadia e ao país de origem. Entre os homens imigrantes, para além destes fatores, a utilização surge também significativamente associada ao estatuto legal. De facto, em Dias *et al.* (2011) evidenciou-se que o estatuto de imigração desempenha um papel importante para explicar os padrões de utilização dos serviços de saúde públicos. No referido estudo, revela-se que os imigrantes em situação irregular têm uma menor propensão a recorrer o SNS pois frequentemente não têm conhecimento dos seus direitos e, muitas vezes, temem que os serviços os venham a denunciar às autoridades, levando à expatriação. Também o tempo de estadia pode constituir uma justificação para o facto de os imigrantes serem mais propensos a usar os serviços de emergência do que serviços de cuidados de saúde primários; além disso, o padrão de utilização do estado “nunca usei” prevalece mais entre os recém-chegados e a “utilização regular” é mais comum nos imigrantes que estiveram no país há mais tempo.

A principal diferença na utilização dos cuidados de saúde associada ao género, tem sido descrita²⁵ no sentido de que os homens exibem uma menor utilização dos serviços relativamente às mulheres. Várias hipóteses podem ser formuladas para explicar este comportamento, uma delas sendo a de que as mulheres imigrantes, na sua maioria, são jovens e mais propensas a usar serviços relacionados com a saúde sexual e reprodutiva, como o pré-natal e a saúde materno-infantil. No entanto, num estudo realizado por Dias *et al.* (2010)²⁶, no qual foi avaliado o acesso e utilização dos serviços de saúde por mulheres imigrantes africanas e brasileiras em Portugal, descreve-se que a maioria das participantes apontou várias barreiras ao acesso e à utilização de serviços relativas a questões legais, às restrições económicas ou atitudes dos profissionais de saúde. Principalmente as mulheres imigrantes brasileiras consideradas no estudo, descreveram que o acesso aos serviços de saúde era

²⁴ Dias, S. Ana Gama, Maria Cortes e Bruno de Sousa, 2011, “Healthcare-seeking patterns among immigrants in Portugal”, *Health and Social Care in the Community*, 19(5), pp. 514-521.

²⁵ *Idem.*

²⁶ Dias, S., Ana Gama e Cristianne Rocha, 2010, “Immigrant women’s perceptions and experiences of health care services: Insights from a focus group study”, *J Public Health*, 18, pp. 489-496.

restringido com frequência quando se encontravam em situação irregular no país. Ao contrário, a maioria das mulheres africanas destacaram que não houve dificuldades no acesso aos serviços de cuidados de saúde em Portugal, independentemente do estatuto de imigração. As autoras referiram que as diferentes opiniões sobre esta questão podem dever-se, em parte, ao facto de na amostra recolhida para o estudo as mulheres africanas estarem, em média, há mais tempo em Portugal do que as mulheres brasileiras. Dias *et al.* (2010) também evidenciaram que o tempo de residência em Portugal encontrava-se positivamente associado à integração no país de acolhimento e, especificamente, ao conhecimento sobre o sistema de saúde e utilização dos serviços de saúde.

Sabe-se que, nos últimos anos, a imigração tornou-se num dos principais fenómenos que coloca mais desafios aos sistemas de saúde dos Estados Membros da UE.²⁷ Neste contexto, a OMS (2008)²⁸ evidencia a exclusão social como sendo a principal causa das desigualdades em saúde entre os migrantes e minorias étnicas. Importa notar que nas desigualdades em saúde inclui-se questões relacionadas com o acesso aos cuidados de saúde, a prevenção de doenças, a promoção da saúde e a área da saúde em sentido lato – incluindo nutrição, atividades físicas, álcool e tabaco – assim como outras áreas de políticas públicas – ou seja, emprego, habitação e ambiente.²⁹

Um caso que tem merecido a atenção das instituições europeias é o da comunidade cigana imigrante. A população cigana na Europa é frequentemente vítima de exclusão social, de discriminação e, conseqüentemente, enfrenta barreiras ao acesso a alojamento de boa qualidade, a cuidados de saúde e a educação. Dados de 2004 e 2011 do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, relativamente à comunidade cigana, destacam que³⁰:

- “Um terço dos inquiridos da comunidade cigana com idades entre 35 e 54 anos descreveram problemas de saúde que limitavam as suas atividades diárias (2011);
- Cerca de 20% dos inquiridos da comunidade cigana não estavam cobertos por um seguro médico ou não sabiam se estavam cobertos (2011);

²⁷ Fonseca, Maria Lucinda, Alina Esteves, Jennifer McGarrigle e Sandra Silva (2007), “Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspetiva geográfica e política”, Observatório de Imigração, ACIDI IP.

²⁸ WHO Regional Office for Europe (2008). The Tallinn Charter “*Health Systems for Health and Wealth*”. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

²⁹ *Idem.*

³⁰ União Europeia, 2014, Roma Health Report - “*Health status of the Roma population Data collection in the Member States of the European Union*”.

- 66% da população cigana disse que não podia pagar medicamentos prescritos, em comparação com 29% da maioria da população (2004);
- 15% das crianças ciganas com idade inferior a 14 anos não são vacinadas, em comparação com 25% das crianças de famílias não-ciganas (2004).”

Estima-se que existam no mundo 12 milhões de ciganos e que dois terços destes vivam na Europa.³¹ Em Portugal, estima-se que vivam à volta de 33.338 indivíduos de etnia cigana.³² Segundo o ACM, ainda persistem múltiplas dificuldades de acesso aos cuidados de saúde pela comunidade cigana, sobretudo em termos de comunicação e de literacia, e que são transversais a outras áreas como o emprego, o Rendimento Social de Inserção (RSI), autarquias, escolas e tribunais, ou seja, há dificuldades manifestas em entender linguagens técnicas e burocráticas das diferentes instituições.³³ Verifica-se também uma grande resistência dos elementos da comunidade cigana em recorrer a cuidados de saúde, quer pela dificuldade em cumprir o horário das consultas, por exemplo, quer porque, ao nível da envolvente familiar, revela-se difícil justificar o recurso a determinados cuidados de especialidade, como de psicologia ou consultas de planeamento familiar.³⁴

Nesse sentido, tem-se verificado que algumas instituições levam a cabo diversas ações de sensibilização para tentar que os elementos da comunidade cigana usufruam de cuidados de saúde de qualidade, mas também no que se refere ao nível dos cuidados preventivos. Essas ações remetem também para a promoção da vacinação, a contraceção, a importância do planeamento familiar e acompanhamento médico durante a gravidez e cuidados de higiene, entre outros. Segundo o ACM (2014), embora estando-se perante ações parcelares, estas têm tido impactos positivos, não apenas na área da saúde, mas também nas restantes áreas.

³¹ ACM, (2014), “*Estudo Nacional sobre as Comunidades Ciganas*”.

³² EFXINI POLI – Local Authorities for Social, Cultural, Tourist, Environmental and Agricultural Development. Greece.

FSG – Fundación Secretariado Gitano. Spain. OFFICE OF THE COUNCIL FOR ROMA COMMUNITY AFFAIRS. Czech Republic. PDCS – Partners for Democratic Change Slovakia. REAPN – Rede Europeia Anti-Pobreza/Portugal. ROMANI CRISS – Roma Center for Social Interventions and Studies. Romania. THRPF – The Health of Romany People Foundation. Bulgaria, 2009, “Health and the Roma Community, analysis of the situation in Europe Bulgaria, Czech Republic, Greece, Portugal, Romania, Slovakia, Spain”.

³³ ACM, (2014), “*Estudo Nacional sobre as Comunidades Ciganas*”.

³⁴ Importa referir que de acordo com o “Estudo Nacional sobre as Comunidades Ciganas”, do ACM, “a esmagadora maioria dos inquiridos e elementos dos agregados são de nacionalidade portuguesa. No entanto, surgem indicados 0,7% de membros com nacionalidade estrangeira” (p.171). O referido estudo incluiu uma amostra estatisticamente não representativa mas relativamente heterogénea e de grande dimensão (dados recolhidos sobre um total de 6.809 pessoas de etnia cigana). As conclusões do estudo deverão, assim, ser interpretadas considerando a reduzida percentagem de cidadãos estrangeiros nos elementos da comunidade cigana.

Em síntese, constatou-se que ainda persiste falta de dados sobre a acessibilidade e utilização dos serviços de saúde por parte de imigrantes, o que limita o conhecimento sobre os múltiplos determinantes da utilização dos serviços de saúde, e as barreiras no acesso a estes serviços. Há uma clara necessidade de entender melhor como garantir o acesso aos cuidados de saúde no SNS e oferecer um atendimento adequado aos imigrantes. Não obstante, com base na evidência revelada na literatura analisada, crê-se que devem ser especialmente considerados os imigrantes recém-chegados e em situação irregular, por serem estes os subgrupos da população imigrante mais afetados pelas dificuldades e falta de informação para aceder a cuidados de saúde.

Para se promover o acesso aos cuidados de saúde, e implementar programas de prevenção, as barreiras do lado da procura e da oferta devem ser claramente identificadas. Acresce que os resultados dos estudos anteriormente descritos reforçam a noção de que, ao tentar desenvolver programas e políticas de saúde para melhorar a saúde das populações imigrantes, devem ser combatidas as desigualdades de género existentes na população de migrantes, e dada especial atenção ao atual contexto socioeconómico e aos fatores culturais, na medida em que afetam o estado de saúde dessa população. E, por último, deve promover-se a informação junto da população de imigrantes sobre os direitos à saúde e os requisitos para usar os serviços de saúde.

3. Saúde como um direito do indivíduo

A presente seção é dedicada às diferentes fontes, de âmbito internacional e nacional, que enunciam a universalidade do direito à saúde, e que permitem enquadrar o acesso aos cuidados de saúde por parte dos imigrantes, de que se ocupa o presente estudo.

3.1. Fontes internacionais de direito

A **Declaração Universal dos Direitos do Homem (DUDH)**, de 1948, veio assegurar “[...] o respeito universal e efetivo dos direitos do homem e das liberdades fundamentais”, e, proclamar, entre outros, os direitos económicos, sociais e culturais – artigos 22.º a 27.º da DUDH. Ali se refere que “[...] toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários [...]” – n.º 1 do seu artigo 25.º.

Posteriormente, no ano de 1966, o **Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (PIDESC)** veio fazer referência ao direito à proteção da saúde no seu artigo 12.º, no qual é referido que “[...] os Estados Partes no presente pacto reconhecem o direito de todas as pessoas de gozar do melhor estado de saúde física e mental possível de atingir”.

A **Convenção dos Direitos da Criança**, adotada em 1989, estabelece no seu artigo 24.º, o direito das crianças à proteção da saúde e, para tanto, vincula os Estados Partes a reconhecerem o direito que lhes é atribuído a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de educação, sendo certo que nenhuma criança deve ser privada do direito de acesso a tais serviços de saúde.

Também o Conselho da Europa, no ano de 1961, aprovou a **Carta Social Europeia (CSE)** que promove especificamente a proteção internacional dos direitos económicos e sociais. No seu artigo 11.º defende um direito à proteção da saúde e, para tanto, impõe aos Estados Contratantes a adoção, em cooperação com outras organizações, das premissas que se mostrem necessárias a eliminar as causas de uma saúde deficiente – n.º 1 –, a estabelecer serviços de consulta e de educação com vista à melhoria da saúde e ao desenvolvimento do sentido de responsabilidade individual em

matéria de saúde – n.º 2 –, e ainda prevenir as doenças epidémicas, endémicas e outras, assim como os acidentes – n.º 3. O artigo 13.º da CSE, sob a epígrafe “direito à assistência social e médica”, prevê a necessidade dos Estados Partes assegurarem o exercício efetivo do direito à assistência médica. Nesse sentido, devem assegurar que qualquer pessoa, independentemente da sua condição económica ou social, possa obter, em caso de doença, os cuidados necessários ao seu estado de saúde.

A **Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas Famílias**³⁵, alerta para a relevância e a extensão do fenómeno da migração, e revela-se consciente do seu efeito nas populações migrantes e de destino, atenta a vulnerabilidade daquelas, por força das dificuldades sentidas na integração e no reconhecimento dos direitos dos trabalhadores migrantes e das suas famílias. Acrescenta, na sua nota preambular, que os problemas humanos decorrentes das migrações são ainda mais graves no caso da migração irregular e, por isso, importa adotar medidas adequadas a fim de prevenir e eliminar os movimentos clandestinos e o tráfico de trabalhadores migrantes, assegurando ao mesmo tempo a proteção dos direitos humanos fundamentais destes trabalhadores, tanto mais que estes são frequentemente empregados em condições de trabalho menos favoráveis que outros trabalhadores. Nesse sentido, no seu artigo 28º vem determinar que aos trabalhadores migrantes e aos membros das suas famílias é atribuído o direito de receber os cuidados médicos urgentes que sejam necessários para preservar a sua vida ou para evitar danos irreparáveis à sua saúde, em pé de igualdade com os nacionais do Estado de destino. Ali mais se defende que os cuidados médicos urgentes não podem ser-lhes recusados por motivo de irregularidade em matéria de permanência ou de emprego. Também o artigo 43.º vem referir que os trabalhadores migrantes beneficiam de tratamento igual ao que é concedido aos nacionais do Estado de emprego em matéria de acesso aos serviços sociais e de saúde, desde que se verifiquem os requisitos do direito de beneficiar dos diversos programas.³⁶

A **Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (CDFUE)** é fonte de direitos civis e políticos, bem como de direitos económicos e sociais dos cidadãos da UE, derivados dos Tratados. Sob a epígrafe “Solidariedade” inclui o direito à proteção da

³⁵ Foi adotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas na sua Resolução 45/158, de 18 de dezembro de 1990, e entrou em vigor na ordem internacional em 1 de julho de 2003.

³⁶ Acrescente-se que também o artigo 70.º da Convenção vem impor aos Estados Partes que adotem medidas não menos favoráveis do que as aplicadas aos seus nacionais para garantir que as condições de vida e de trabalho dos trabalhadores migrantes e dos membros das suas famílias em situação regular sejam conformes às normas de saúde, de segurança e de higiene e aos princípios inerentes à dignidade humana.

saúde no seu artigo 35.º e aqui refere que todos aqueles cidadãos têm direito a aceder à prevenção em matéria de saúde e de beneficiar dos cuidados médicos, de acordo com as legislações e práticas nacionais. Enuncia igualmente, no seu artigo 1.º, a inviolabilidade da dignidade da pessoa humana, no artigo 3.º o respeito pela integridade física e moral, nos artigos 7.º e 8.º a necessária proteção dos dados de carácter pessoal, onde se inclui a proteção jurídica dos dados médicos relativos aos pacientes, ainda, no artigo 10.º o direito à liberdade religiosa e, finalmente, no seu artigo 26.º os direitos à integração e autonomia das pessoas com deficiência.³⁷

Mais recentemente, no ano de 2011, foi aprovada a **Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho**³⁸ a aplicar à prestação de cuidados de saúde aos doentes em matéria de cuidados transfronteiriços, independentemente da forma como sejam organizados, prestados ou financiados – n.º 2 do artigo 1.º. Esta diretiva estabelece um quadro claro e harmonizado para os cuidados de saúde transfronteiriços, com especial atenção e exigência de que os doentes devem receber cuidados de saúde seguros e de elevada qualidade. Compete ao Estado Membro (EM) de tratamento³⁹, nos termos do artigo 4.º, a garantia de que os cuidados de saúde

³⁷ Além das fontes mencionadas, outras de natureza internacional fazem expressa referência aos direitos do doente. A Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (CDHB), aprovada em 1997, determina no artigo 3.º que os Estados “[...] tendo em consideração as necessidades de saúde e os recursos disponíveis, adotam as medidas apropriadas com vista a assegurar, dentro da sua esfera de jurisdição, um acesso equitativo aos cuidados de saúde de qualidade”. Também a Carta dos Direitos das Pessoas Doentes, anexa à Declaração sobre a Promoção dos Direitos dos Doentes na Europa, resultante da Conferência Europeia sobre os Direitos dos Pacientes, em 1994, continha princípios relativos aos direitos dos doentes na Europa.

O ano de 2002 conheceu a Carta Europeia dos Direitos do Paciente que resultou de uma avaliação realizada pela Active Citizenship Network (ACN) a diversas instituições de saúde localizadas nos doze mais antigos membros da União Europeia, e pretendeu verificar o respeito pelos direitos dos doentes nesses mesmos Estados. Ali são proclamados 14 direitos que foram reconhecidos pelo Comité Económico e Social Europeu (CESE), dos quais se destaca o direito de acesso aos serviços de saúde, sem discriminação relativa a recursos financeiros, local de residência, tipo de doença ou hora a que se acede aos serviços, à informação sobre o estado de saúde e sobre os serviços de saúde existentes; ao consentimento livre e esclarecido e à livre escolha dos tratamentos e estabelecimentos prestadores com base em informação adequada, finalmente, o direito ao respeito pelo tempo do paciente, em todas as fases do tratamento (a ser tratado em tempo útil face à sua necessidade). O mesmo Comité (CESE) adotou um parecer sobre “os direitos do paciente”, publicado no JOUE, em 15 de janeiro de 2008, que presta especial atenção ao direito à informação, ao direito ao consentimento livre e esclarecido e ao direito à dignidade. Refira-se ainda que o parecer do CESE sobre “os direitos dos pacientes” faz também referência ao “direito ao acesso generalizado à assistência médica” e ao “direito à qualidade da assistência médica”, o qual inclui “[...] igualmente o direito a exames médicos preventivos e à educação terapêutica, o que exige investimentos em meios e em recursos financeiros, e pressupõe a existência de um número suficiente de profissionais de saúde com formação adequada.”

³⁸ Publicada no JOUE de 4 de abril de 2011.

³⁹ Nos termos do disposto na alínea d) do artigo 3.º da Diretiva, este Estado é “[...] o Estado Membro em cujo território os cuidados de saúde são efetivamente prestados ao doente. No

sejam prestados ao utente em respeito pelos princípios da universalidade, da equidade e da solidariedade, considerados ainda os termos da legislação desse mesmo Estado em matéria de qualidade e segurança.

3.2. Fontes nacionais de direito

O **Estatuto Hospitalar foi aprovado pelo Decreto n.º 48357, de 27 de abril de 1968**, que além da regulação da organização hospitalar, veio definir outras orientações relativas à proteção dos direitos e interesses dos doentes. No seu Capítulo VII sob a epígrafe “Da prestação da assistência”, foram reconhecidos aos doentes: (i) o direito de acesso universal e em condições de igualdade material aos estabelecimentos e serviços da organização hospitalar, (ii) o direito aos cuidados apropriados ao seu estado de saúde, (iii) o direito ao encaminhamento para os estabelecimentos adequados à sua situação clínica, (iv) o direito a um tratamento com delicadeza e urbanidade, (v) o direito à recusa da assistência ou tratamento, (vi) o direito ao consentimento informado e (vii) o direito à assistência religiosa – cfr. artigos 77.º a 83.º do estatuto.

A atual **Constituição da República Portuguesa (CRP)** assumiu a positivação da passagem do Estado de Direito Democrático para o Estado Social, através do princípio da socialidade e do reconhecimento de um catálogo de direitos sociais fundamentais. Estes assumem-se como verdadeiros direitos que, por isso, não são meras diretivas, ou normas programáticas de alcance político ou, ainda, meras garantias institucionais.

A propósito da temática de que se ocupa o presente estudo, refira-se, ainda que sumariamente, que o texto constitucional, no seu artigo 64.º⁴⁰, tem vindo, no decurso

caso da telemedicina, considera-se que os cuidados de saúde são prestados no EM em que o prestador dos cuidados de saúde está estabelecido.”

⁴⁰ Conforme decorre do atual artigo 64.º sob a epígrafe “Saúde”

“[...]”

1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.

2. O direito à proteção da saúde é realizado:

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

3. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:

das suas revisões, a defender o direito social à proteção da saúde dos cidadãos. Ali é imposto que o acesso aos cuidados de saúde num serviço nacional de saúde seja universal, geral e, (tendencialmente) gratuito. Trata-se de um direito atribuído a “todos”⁴¹, pelo que compete ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, numa perspetiva racional e de eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde – alínea b) do n.º 3 do artigo 64.º da CRP.

Foi assim que a **Lei do Serviço Nacional de Saúde**, aprovada pela **Lei n.º 56/79, de 15 de setembro**, veio instituir o SNS, em regulamentação do referido dever de assegurar o direito fundamental à proteção da saúde assegurado pelo artigo 64.º da CRP. O diploma assumiu o princípio geral da garantia de acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social – artigo 4.º –, a todas as prestações abrangidas pelo SNS, apenas com as restrições impostas pelo limite de recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis – n.º 1 do artigo 6.º. No seu Título II sob a epígrafe “Dos utentes”, veio estabelecer um conjunto de direitos a serem reconhecidos e garantidos pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde integrados no SNS, nomeadamente:

- (i) a liberdade de escolha do prestador de cuidados de saúde, ainda que limitada pelas restrições impostas pelos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis – artigo 8.º e n.º 1 do artigo 6.º *in fine* –, e pelas normas de distribuição racional e regional dos serviços – artigo 8.º;
- (ii) o respeito pela dignidade dos utentes e preservação da intimidade da sua vida privada nas relações com o SNS – artigo 9.º;

-
- a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
 - b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;
 - c) Orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;
 - d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;
 - e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico;
 - f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.

4. O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada. [...]”

⁴¹ A propósito da expressão “todos”, importa referir que deve a mesma ser interpretada à luz do consignado no artigo 15.º da CRP, conforme melhor se verá na secção 3.3. do presente estudo.

- (iii) o direito ao sigilo por parte do pessoal do SNS – artigo 10.º;
- (iv) o direito a indemnização por danos causados, em sede de responsabilidade civil extracontratual do Estado, por atos de gestão pública – artigo 12.º; e
- (v) o direito a apresentar reclamações, petições, sugestões ou queixas – artigo 13.º.

No artigo 14.º, sob a epígrafe “Dos cuidados de saúde”, são determinadas as prestações de saúde a que os utentes do SNS têm direito e que passam, designadamente, pelos (i) cuidados de promoção e vigilância da saúde e de prevenção da doença; (ii) cuidados médicos de clínica geral e de especialidade; (iii) cuidados de enfermagem (alínea c)), (iv) internamento hospitalar; (v) transporte de doentes quando medicamente indicado; (vi) elementos complementares de diagnóstico e tratamentos especializados; (vii) medicamentos e produtos medicamentosos, próteses, ortóteses e outros aparelhos complementares terapêuticos; ainda, pelo (viii) apoio social, em articulação com os serviços de segurança social.

Por seu lado, a **Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, que aprovou a Lei de Bases da Saúde (LBS)**⁴², estabeleceu uma distinção entre os direitos dos cidadãos à saúde, previstos na Base V, e os direitos dos utentes do sistema de saúde, previstos na Base XIV. Com efeito, no n.º 2 da Base V é reconhecido o direito dos cidadãos a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses, e no n.º 5 estabelece-se o direito à liberdade de escolha no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, no limite dos recursos disponíveis e da organização dos serviços.

Recorde-se que de entre os direitos dos utentes do sistema de saúde, o n.º 1 da Base XIV da LBS consagra: (i) o direito à liberdade de escolha do serviço e agentes prestadores, no âmbito do sistema de saúde, na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras relativas à organização; (ii) o direito a consentir ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta; (iii) o direito a ser tratado pelos meios adequados, com humanidade, prontidão, correção técnica, privacidade e respeito; (iv)

⁴² O Estatuto do Serviço Nacional de Saúde foi publicado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, com vista à regulamentação da LBS. Ali é feita apenas referência ao direito à assistência religiosa, no n.º 1 do seu artigo 39.º, sendo garantido aos utentes do SNS de qualquer confissão, o acesso dos respetivos ministros às instituições e serviços onde estejam a receber cuidados para aí lhes prestarem assistência religiosa.

o direito ao respeito pela confidencialidade dos seus dados pessoais revelados; (v) o direito a ser informados sobre a sua situação clínica; (vi) o direito à assistência religiosa; (vii) o direito a apresentar queixas e reclamações e a ser indemnizados por prejuízos sofridos; e, ainda, (viii) o direito a constituir entidades que representem e defendam os seus direitos e interesses e entidades que colaborem com o Sistema de Saúde na promoção e defesa da saúde.⁴³

⁴³ Outros direitos dos utentes são reconhecidos em vasta legislação e outros diplomas dispersos. Neste âmbito, veja-se designada mas não limitadamente:

(i) o Regulamento da Assistência Espiritual e Religiosa no Serviço Nacional de Saúde (RAER) que tem por objeto assegurar a prestação de tal assistência aos utentes internados em estabelecimentos de saúde do SNS, e conseqüentemente regulamenta o direito dos doentes ao acompanhamento espiritual e religioso;

(ii) a Lei n.º 46/2006, de 28 de agosto, assume o escopo de prevenir, proibir e punir a discriminação em razão de deficiência e da existência de risco agravado de saúde, vinculando todas as pessoas singulares e coletivas, públicas e privadas, sendo portanto aplicável igualmente a todos os serviços de saúde. Concretamente, o diploma visa as práticas de discriminação contra pessoas com deficiência, entre as quais “a recusa ou limitação de acesso aos cuidados de saúde prestados em estabelecimentos de saúde públicos ou privados”;

(iii) a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes elaborada pela DGS, destituída de consagração legal, refere que o doente é detentor de distintos direitos que se fundamentam, designadamente, no respeito pela dignidade humana (artigo 1.º); no respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas (artigo 2.º); no direito aos cuidados apropriados ao seu estado de saúde, (artigo 3.º); na informação sobre os serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados (artigo 5.º) e sobre a sua situação de saúde (artigo 6.º); na obtenção de uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde (artigo 7.º); na confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam (artigo 9.º); na privacidade na prestação de todo e qualquer ato médico (artigo 11.º); e ainda, no direito a dar sugestões e reclamações (artigo 12.º);

(iv) por sua vez, a Carta dos Direitos do Doente Internado constitui uma especificação da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes da DGS, e agrupa direitos consagrados em diversos textos legais, nomeadamente na CRP, na LBS, na Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina e na CDFUE. Refira-se, a título de exemplo, que ao doente internado é garantido o direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana (artigo 1.º), independentemente das suas convicções culturais, filosóficas e religiosas (artigo 2.º); a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde (artigo 3.º); a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados (artigo 5.º); a ser informado sobre a sua situação de saúde (artigo 6.º); e ainda, à visita dos seus familiares e amigos, e à liberdade individual (artigo 13.º);

(v) mais recentemente, em março de 2014, foi aprovada a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que, conforme indicado no seu artigo 1.º, consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, com salvaguarda pelas especificidades do SNS. Este diploma apresenta de forma clara e integrada os direitos e deveres do utente dos serviços de saúde e, para tanto, incorpora as normas e princípios constantes de outros diplomas em matéria do direito ao acompanhamento (especificamente consagrado na Lei n.º 14/85, de 6 de julho, na Lei n.º 33/2009, de 14 de julho, e na Lei n.º 106/2009, de 14 de setembro) e da Carta dos direitos de acesso aos cuidados de saúde pelos utentes do SNS (publicada pela Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto). No entanto, ali não são introduzidas quaisquer alterações de substância e faz-se notar que “não se trata de legislação aplicável apenas no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS)”, e mantém-se, “por razões de harmonização, sempre que possível, o termo utente dos serviços de saúde, acompanhando a LBS ainda que alguns dos direitos e deveres se revelem próprios dos utentes do SNS e não já, dos utentes do sistema de saúde português.”

Direito social à proteção da saúde

Como visto, o direito consagrado constitucionalmente assume-se como um direito à proteção à saúde assente no respeito pelos princípios fundamentais da universalidade, generalidade e gratuidade tendencial e impõe-se a toda a rede nacional de prestação de cuidados de saúde⁴⁴. Adicionalmente, deve o SNS garantir “a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados” – Base XXIV alínea d) da LBS. Isto significa que nos estabelecimentos integrados no SNS, os utentes em situação clínica idêntica devem receber tratamento semelhante e os utentes em situação distinta devem receber tratamento distinto, de modo a que todos os cidadãos, aqui utentes, sem exceção, possam usufruir, em iguais circunstâncias e em função das necessidades, da mesma quantidade e qualidade de cuidados de saúde.

Percebe-se que a universalidade assenta na atribuição a “todos” do direito à proteção da saúde e, nessa medida, deve ser assegurado a todos os cidadãos o direito de acesso aos serviços de saúde integrados no SNS “[...] independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação”. Isto significa que todos os cidadãos estão abrangidos pelas políticas de promoção e proteção da saúde e podem aceder aos serviços prestadores de cuidados de saúde. Na definição de cidadãos como beneficiários do SNS enquadram-se indubitavelmente os portugueses residentes em Portugal ou no estrangeiro, mas também os “[...] cidadãos nacionais de Estados membros das Comunidades Europeias, nos termos das normas comunitárias aplicáveis”, os “[...] cidadãos estrangeiros residentes em Portugal” e os “[...] cidadãos apátridas residentes em Portugal” – Base XXV da LBS⁴⁵.

⁴⁴ Conforme o disposto no n.º 4 da Base XIII da LBS, a rede nacional de prestação de cuidados de saúde abrange o SNS, os estabelecimentos privados, bem com os profissionais liberais com quem o Estado tenha celebrado contratos de prestação de cuidados aos utentes do SNS. Além do mais, conforme o disposto na Base XXIV da LBS, o SNS deve “[...]”

- a) Ser universal quanto à população abrangida;
- b) Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;
- c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos”;
- d) Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados [...]”.

⁴⁵ Não seriam considerados beneficiários do SNS, grosso modo, os cidadãos estrangeiros e apátridas que se encontrem em situação irregular, em concreto que não tenham residência no território nacional. Não obstante o ali referido, certo é que tal entendimento, como aliás será objeto de análise minuciosa no presente estudo, foi já temperado pelo Despacho do Ministro da Saúde n.º 25 360/2001, de 16 de novembro de 2001 e por outras circulares sucessivamente publicadas, designadamente, pela Circular Informativa da Direcção-Geral da Saúde n.º 12/DQS/DMD, de 07 de maio de 2009.

Numa perspetiva objetiva, a característica da generalidade impõe que o SNS garanta, com maior ou menor grau, uma prestação integrada de cuidados globais de saúde aos seus beneficiários. Este princípio aponta para o direito dos cidadãos a obter todo o tipo de cuidados de saúde, pelo que o Estado, com o intuito de assegurar a realização do direito à proteção da saúde, deverá “garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde” – alínea b) do n.º 3 do artigo 64.º da CRP. A este respeito, revela a alínea b) da Base XXIV da LBS que o cidadão tem direito a que lhe sejam prestados de forma integrada todos os cuidados de saúde, sejam primários, secundários, continuados ou paliativos, de onde resulta que o SNS assume regras (desde logo, de referenciação) que garantam que um qualquer utente obterá, junto do SNS e em qualquer situação, os cuidados de saúde que efetivamente necessite. Neste sentido, o SNS deverá “abranger todos os serviços públicos de saúde e todos os domínios e prestações médicas”, traduzindo, assim, o princípio da generalidade, a “necessidade de integração de todos os serviços e prestações de saúde”. Desta forma, o sistema de saúde português apresenta-se estratificado, onde os serviços e as unidades de saúde se devem estruturar, funcionar e articular entre si, em favor dos interesses dos utentes que devem, em condições de igualdade, aceder aos cuidados de saúde.

Diretamente relacionada com a característica da generalidade está necessariamente o acesso em tempo útil aos cuidados de saúde, que foi concretizado, num primeiro momento, pela **Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto** (entretanto revogada pela **Lei n.º 15/2014, de 21 de março**), que aprovou “[...] os termos a que deve obedecer a redação e publicação pelo Ministério da Saúde da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde [...]”, e pretendeu “[...] garantir a prestação dos cuidados de saúde pelo Serviço Nacional de Saúde e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente [...]” – artigo 1.º e n.º 1 do artigo 2.º. Foi assim prevista a definição e determinação dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), bem como o reconhecimento do direito dos utentes à informação sobre esses tempos – n.º 2 do artigo 2.º. Posteriormente, foi publicada a **Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho** e, no ano de 2013, a **Portaria n.º 95/2013, de 4 de março**, que aprovaram o Regulamento do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do SNS, designado por Consulta a Tempo e Horas (CTH). Mais tarde, a **Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro** e depois a **Portaria n.º 87/2015, de 23 de março**,

vieram definir os TMRG para os estabelecimentos do SNS e para os prestadores privados convencionados com o SNS.⁴⁶

Assim, como visto, hoje deve considerar-se o “Regulamento do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas instituições do Serviço Nacional de Saúde”, designado por CTH, aprovado pela **Portaria n.º 95/2013, de 4 de março** e a Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes, bem como a definição de novos TMRG, tudo publicado pela **Portaria n.º 87/2015, de 23 de março**.

Finalmente, a característica da gratuidade tendencial⁴⁷ determina que a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS tende a ser gratuita e, por isso, será admissível a cobrança de determinados valores que possuam uma função de moderação do consumo de cuidados de saúde – taxas moderadoras –, e desde que não seja vedado o acesso aos cuidados de saúde, por razões económicas. Constitui uma diretriz da política de saúde o objetivo fundamental de “[...] obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços” – alínea b) do n.º 1 da Base II LBS.

⁴⁶ É igualmente assegurado, através de regras concretas e dirigidas ao acesso aos cuidados de saúde, designadamente, e no que importa considerar para os estabelecimentos de nível hospitalar do SNS, o direito e o concomitante dever sobre os estabelecimentos, ao registo imediato em sistema de informação do pedido de consulta, exame médico ou tratamento; o direito e o concomitante dever sobre os estabelecimentos ao agendamento, no prazo máximo de três dias úteis contados da receção do pedido de primeira consulta de especialidade hospitalar, da prestação de cuidados de acordo com a prioridade; o direito e o concomitante dever sobre os estabelecimentos de prestação de cuidados em tempo considerado clinicamente aceitável para a sua condição de saúde, que no caso significa o cumprimento dos TMRG definidos para primeira consulta de especialidade hospitalar referenciada pelos Centros de Saúde (30, 60 ou 150 dias seguidos consoante o tipo de prioridade atribuído à necessidade de consulta); ainda, o direito e o concomitante dever sobre todos os estabelecimentos de informação sobre a posição relativa na lista de inscritos para os cuidados de saúde em espera; o direito e concomitante dever sobre todos os estabelecimentos (aqui também os de nível primário) de informação através da afixação em locais de fácil acesso e consulta, pela Internet ou outros meios, sobre os TMRG a nível nacional e sobre os tempos de resposta garantidos de cada instituição prestadora de cuidados de saúde e de informação quando uma instituição prestadora de cuidados não tenha capacidade para dar resposta dentro do TMRG aplicáveis; e na impossibilidade técnica e física, o direito e concomitante dever sobre os estabelecimentos hospitalares de ser assegurado serviço alternativo de qualidade comparável e no prazo adequado, através da referenciação para outra entidade do SNS ou para uma entidade do sector privado convencionado quando se verifique falta de capacidade para dar resposta dentro dos TMRG aplicáveis.

⁴⁷ A tendencial gratuidade surge com a Lei Constitucional n.º 1/89 que alterou a redação do n.º 2 artigo 64.º da CRP, passando a prever na sua alínea a) que a realização do direito à proteção da saúde é feita “através de um serviço nacional de saúde universal, geral e, tendo em conta a condição económica e social dos cidadãos, tendencialmente gratuito”.

O regime das taxas moderadoras foi alterado pelo **Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro**⁴⁸ que, conforme referido no seu artigo 1.º, veio regular o acesso às prestações do SNS por parte dos utentes no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios, tendo por base a definição das situações determinantes de isenção de pagamento ou de comparticipação, como situações clínicas relevantes de maior risco de saúde ou situações de insuficiência económica.

Note-se que o direito de acesso dos utentes beneficiários do SNS aos cuidados de saúde existe de igual forma nos prestadores do setor privado ou social com os quais tenham sido celebradas convenções ou acordos para prestação de serviços no âmbito do SNS.

3.3. Direito à proteção da saúde do cidadão estrangeiro: o caso especial do imigrante

De uma análise conjunta do artigo 64.º da CRP com a Base XXV da LBS, e do confronto destas disposições legais com as diferentes realidades e os movimentos migratórios que acontecem em território nacional, resulta claro que o sistema de saúde português assume a proteção à saúde de todos os cidadãos que, como tal, são considerados (i) os cidadãos nacionais dos EM da UE, do EEE e Suíça que sejam abrangidos pelos regimes de coordenação dos regimes de segurança social, (ii) os cidadãos nacionais de países abrangidos por acordo celebrado entre estes e Portugal; (iii) os cidadãos nacionais de países terceiros não abrangidos por acordo bilateral celebrados por Portugal e (iv) os cidadãos nacionais de países terceiros com estatuto de refugiados ou com direito de asilo em Portugal.

Por outro lado, o artigo 15.º do texto constitucional sob a epígrafe “Estrangeiros, apátridas, cidadãos europeus” determina que todos os cidadãos que “[...] se encontrem ou residam em Portugal gozam dos direitos e estão sujeitos aos deveres do cidadão português”, salvo “[...] os direitos políticos, o exercício das funções públicas que não tenham carácter predominantemente técnico e os direitos e deveres reservados pela Constituição e pela lei exclusivamente aos cidadãos portugueses.”. Além disso, também aos cidadãos dos Estados de língua portuguesa com residência

⁴⁸ Republicado pelo Decreto-Lei n.º 117/2014, de 5 de agosto, e mais recentemente alterado pelo Decreto-Lei n.º 61/2015, de 22 de abril.

permanente no nosso país, são “[...] reconhecidos, nos termos da lei e em condições de reciprocidade, direitos não conferidos a estrangeiros [...]”.

Como se verá, são distintas as situações que serão aqui explanadas, porque são igualmente distintos os seus âmbitos subjetivos e as circunstâncias que podem justificar a sua implementação. Assim, nas seções que se seguem serão apresentadas, ainda que sumariamente, as disposições legalmente aplicáveis às pessoas que não sendo enquadradas (apenas) na definição de imigrantes para efeitos da Lei n.º 23/2007, de 4 de julho⁴⁹, são já consideradas no âmbito subjetivo do direito à saúde tal como consignado na CRP e na LBS⁵⁰. Por isso, ainda que se tenha optado por enunciar o enquadramento do direito à saúde dos cidadãos nacionais de EM da UE, do EEE e da Suíça, serão também explorados, com evidente relevância, os percursos dentro do sistema de saúde português a respeitar pelos cidadãos nacionais de países terceiros com os quais Portugal celebrou acordos bilaterais, pelos cidadãos nacionais de países com quem Portugal não detém qualquer acordo bilateral, pelos asilados e refugiados, e, finalmente, pelos cidadãos estrangeiros, ainda que em situação irregular.

⁴⁹ A Lei n.º 23/2007, de 4 de julho, no seu artigo 4.º, determina a sua aplicabilidade aos cidadãos estrangeiros e apátridas e exclui, por isso, ainda que sem prejuízo da sua aplicação subsidiária e de referência expressa em contrário, os nacionais de um Estado membro da União Europeia, de um Estado Parte do Espaço Económico Europeu ou de um Estado terceiro com o qual a Comunidade Europeia tenha concluído um acordo de livre circulação de pessoas, os nacionais de Estados terceiros que residam em território nacional na qualidade de refugiados, beneficiários de proteção subsidiária ao abrigo das disposições reguladoras do asilo ou beneficiários de proteção temporária e, ainda, os nacionais de Estados terceiros membros da família de cidadão português ou de cidadão estrangeiro abrangido pelas alíneas anteriores. Refira-se ainda que a Lei n.º 23/2007 foi republicada pela Lei n.º 29/2012, de 9 de agosto.

⁵⁰ Por seu lado, a LBS considera que são cidadãos estrangeiros: (i) os cidadãos nacionais dos EM da UE, do EEE e Suíça que sejam abrangidos pelos regimes de segurança social; (ii) cidadãos nacionais de países abrangidos por acordo celebrado entre estes e Portugal; (iii) cidadãos nacionais de países terceiros não abrangidos por acordo bilateral celebrado por Portugal; e (iv) cidadãos nacionais de países terceiros com estatuto de refugiado ou com direito de asilo em Portugal.

3.3.1. Acesso dos cidadãos nacionais de um EM da UE, do EEE ou da Suíça, e dos trabalhadores das instituições europeias

Prestação de cuidados de saúde não programados em situação de estadias temporárias noutros Estados-Membros: Cartão Europeu de Seguro de Saúde⁵¹ e o *European Institutions Health Insurance Card*

O Cartão Europeu de Seguro de Doença (CESD) foi criado na sequência do Conselho Europeu de Barcelona em 2002, tendo sido formalizado na Decisão 2003/751/CE, e substituí, desde junho de 2004, os até então vigentes formulários europeus de saúde⁵².

O CESD⁵³ visa certificar, perante os prestadores de cuidados de saúde (ou perante os organismos que financiem a prestação de cuidados de saúde) sitos no EM de estada temporária, e apenas no contexto de um episódio súbito de doença, que o beneficiário se encontra efetivamente segurado no seu Estado de origem. Note-se que o CESD (ou o CPS) não serve às situações de deslocação a outro EM com o propósito específico de aí obter cuidados de saúde. Além do mais, o CESD permite o acesso aos tratamentos necessários⁵⁴, irrelevantemente de um qualquer carácter de urgência, por acidente, doença ou maternidade, nas mesmas condições dos cidadãos do EM de destino. A prestação dos cuidados deverá ser efetuada em idênticos moldes em que o é aos cidadãos nacionais desse Estado, pelo que tendo-se por base a prestação em estabelecimentos públicos, o cidadão da UE terá direito a cuidados gratuitos, ou mediante o pagamento das taxas moderadoras que legalmente sejam admissíveis.

Mas tendo o CESD sido emitido no âmbito e para aplicação do Regulamento n.º 1408/71 do Conselho, de 14 de junho de 1971, relativo à aplicação dos regimes de segurança social aos trabalhadores assalariados, aos trabalhadores não assalariados

⁵¹ Ou o certificado provisório de substituição (CPS) que pode ser emitido – a título provisório e em substituição do CESD – pela entidade responsável pelo CESD, sempre que este último é requerido. Note-se que o CPS do CESD deve ser obrigatoriamente aceite por todos os prestadores de cuidados de saúde, desde que a validade do mesmo permita o exercício do direito de acesso.

⁵² Em concreto, os formulários E111 e E111b destinados a turistas (em vigor até dezembro de 2005); o formulário E110 direcionado aos trabalhadores de empresas de transportes internacionais; o formulário E128 dirigido a trabalhadores e estudantes que trabalham e estudam noutro EM; e o formulário E119 utilizado pelos cidadãos desempregados à procura de emprego num outro EM.

⁵³ O CESD tem aplicação ao Espaço Económico Europeu (EEE).

⁵⁴ O CESD garante igualmente o acesso a determinados tratamentos necessários e vitais que estejam disponíveis em unidades de cuidados especializados, nomeadamente, tratamentos de diálise renal, oxigenoterapia e quimioterapia, nas mesmas condições dos cidadãos nacionais.

e aos membros da sua família que se deslocam no interior da UE, este cartão tem a sua aplicação limitada “aos nacionais de um Estado-Membro, aos apátridas e refugiados residentes num Estado-Membro que estejam ou tenham estado sujeitos à legislação de um ou mais Estados-Membros, bem como aos seus familiares e sobreviventes”, bem como “aos sobreviventes das pessoas que tenham estado sujeitas à legislação de um ou mais Estados-Membros, independentemente da nacionalidade dessas pessoas, sempre que os seus sobreviventes sejam nacionais de um Estado-Membro, ou apátridas ou refugiados residentes num dos Estados-Membros” – n.ºs 1 e 2 do artigo 2.º do referido Regulamento n.º 883/2004, na sua redação atual. Do CESD beneficia igualmente qualquer trabalhador de outro EM destacado em Portugal, ainda que não residente no nosso país, sendo certo que o período máximo de destacamento é de 24 meses.

Importa ainda referir que os cidadãos da UE que sejam simultaneamente profissionais das instituições da UE gozam de um seguro especial de saúde que é regulamentado não por uma qualquer norma comunitária na área da segurança social mas por um regime designado por *Joint Sickness Insurance Scheme*. Estes utentes devem ser portadores de um cartão de saúde, o *EIHC – European Institutions Health Insurance Card*, que identifica o seu titular, o regime, bem como os contactos que permitem aceder *online* ao serviço que o emite. Em Portugal, de acordo com as orientações da Circular Normativa n.º 3/2009, de 5 de fevereiro, estes utentes, quando detentores do referido cartão, têm acesso aos cuidados de saúde no SNS, nas mesmas condições que os utentes que sejam detentores do CESD (ou do CPS), sendo que os cuidados que lhes forem prestados serão cobrados pela ACSS ao referido seguro.

Prestação de cuidados de saúde programados noutros Estados-Membros

O regime consagrado no Decreto-Lei n.º 177/92, de 13 de agosto

Em Portugal, na sequência da LBS, o Decreto-Lei n.º 177/92, de 13 de agosto⁵⁵, veio estabelecer e regulamentar um primeiro regime de prestação de assistência médica no estrangeiro aos beneficiários do SNS, ao determinar, em suma, que:

⁵⁵ Importa referir, ainda que sumariamente, que este diploma foi já analisado pelo TJUE, em sede de apreciação de ação por incumprimento intentada pela Comissão Europeia contra a República Portuguesa, por alegado incumprimento derivado de uma restrição injustificada à livre prestação de serviços, por ali não estar prevista a possibilidade do reembolso de despesas médicas não hospitalares efetuadas noutro EM, a não ser nas circunstâncias do Regulamento

“1 - A assistência médica de grande especialização no estrangeiro que, por falta de meios técnicos ou humanos, não possa ser prestada no país é regulada pelo presente diploma.

2 - São abrangidos os beneficiários do Serviço Nacional de Saúde.

3 - Excluem-se do âmbito do presente diploma as propostas de deslocação ao estrangeiro que provenham de instituições privadas.” (artigo 1.º);

São condições essenciais para a atribuição dos benefícios previstos no artigo 6.º de tal Decreto-Lei, isto é, de assunção pelo SNS das despesas incorridas com tratamentos médicos realizados no estrangeiro:

“a) A existência de um relatório médico hospitalar favorável, a elaborar circunstanciadamente pelo médico que tenha acompanhado a assistência ao doente, confirmado pelo respetivo diretor de serviço;

b) A confirmação de tal relatório por parte do diretor clínico da unidade hospitalar onde o doente foi assistido;

c) A decisão favorável do diretor-geral [da saúde], mediante parecer da assessoria técnica.” (artigo 2.º).

Este regime é aplicável ao cidadão nacional, utente do SNS, que sob fundamento clínico é submetido a cuidados de saúde fora do nosso país. Diferente é já o regime recentemente aprovado pela UE e transposto para a ordem jurídica nacional que regulamenta o acesso do cidadão nacional de um dos países da UE, do EEE e da Suíça, aos cuidados programados num outro EM da UE.

O regime previsto na Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011⁵⁶ e a transposição para a Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto

(CEE) n.º 1408/71, ou por subordinar a possibilidade de reembolso de despesas médicas não hospitalares à concessão de uma autorização prévia. Conforme se retira do acórdão proferido, Portugal incumpe com as obrigações consignadas no artigo 49.º do CE que se aplica à situação de um doente que recebe prestações médicas, mediante remuneração, num EM diferente do Estado da sua residência – cfr. Acórdão do Tribunal de Justiça (Terceira Secção), de 27 de outubro de 2011 e também as conclusões da Advogada-Geral do TJUE, de 14 de Abril de 2011, no processo C - 255/09, Comissão Europeia c. República Portuguesa.

⁵⁶ A ERS publicou já no seu *website* um estudo dedicado à Diretiva, para o qual se remete na íntegra.

Em março de 2011, a Diretiva 2011/24/UE estabeleceu o regime de visitas programadas a outros EM pelos cidadãos europeus, e mereceu já a sua transposição pela Assembleia da República para o ordenamento português, pela Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto.⁵⁷

Refira-se que a Diretiva visa estabelecer regras para facilitar o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços seguros e de elevada qualidade na UE, para assegurar a mobilidade dos doentes de acordo com os princípios estabelecidos pelo TJUE⁵⁸ e para promover a cooperação em matéria de cuidados de saúde entre os EM, sempre no pleno respeito das competências nacionais em matéria de organização e prestação de cuidados de saúde – cfr. o n.º 1 do artigo 1.º e o considerando 10.

A Diretiva tem a sua base legal no artigo 114.º do Tratado, relativo à política de harmonização das legislações, porquanto “[...] visa melhorar o funcionamento do mercado interno e a livre circulação de mercadorias, de pessoas e de serviços [...]”, sendo este objetivo consonante com as medidas que podem ser adotadas com base nesta política de harmonização.

⁵⁷ A Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, transpõe para a ordem jurídica portuguesa o entendimento comunitário e, nesse sentido, estabeleceu as normas de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços com o intuito de promover a cooperação em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, conforme se lê no seu artigo 1.º. Mais ali se lê que o assim disposto não prejudica a aplicação: (i) do Regulamento (CE) n.º 883/2004, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de abril de 2004, relativo à coordenação dos sistemas de segurança social e do Regulamento (CE) n.º 987/2009, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de setembro de 2009; (ii) da legislação em vigor relativa à organização e ao financiamento dos cuidados de saúde, em situações não relacionadas com os cuidados de saúde transfronteiriços; e (iii) da legislação aplicável aos subsistemas de saúde. Ademais, ali se refere que nenhuma disposição da presente lei obriga a reembolsar os beneficiários das despesas decorrentes da prestação de cuidados de saúde efetuada por prestadores de cuidados de saúde estabelecidos no território nacional, que não se encontrem integrados ou contratados com o SNS ou com os Serviços Regionais de Saúde (SRS).

Conforme definido no seu artigo 3.º são beneficiários do SNS e dos SRS, nomeadamente, os cidadãos de nacionalidade portuguesa, as pessoas, incluindo os membros da sua família e os seus sobreviventes, abrangidos no capítulo I do título III do Regulamento (CE) n.º 883/2004, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de abril de 2004, e relativamente aos quais o Estado Português seja tido como Estado competente, nos termos dos regulamentos comunitários aplicáveis e da lei, os nacionais de países terceiros residentes em Portugal abrangidos pelo Regulamento (CE) n.º 859/2003, do Conselho, de 14 de maio de 2003, ou pelo Regulamento (UE) n.º 1231/2010, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de novembro de 2010, ou nos termos da lei.

⁵⁸ Conforme declara no seu considerando 8, a Diretiva procura “assegurar uma aplicação mais geral e eficaz dos princípios estabelecidos pelo TJUE de forma avulsa.”.

A Diretiva aplica-se à prestação de cuidados de saúde aos doentes, independentemente da forma como sejam organizados, prestados ou financiados – o n.º 2 do artigo 1.º⁵⁹.

Importa frisar que a Diretiva não afeta o poder dos EM de conformação da organização e do financiamento dos cuidados de saúde em situações não relacionadas com os cuidados de saúde transfronteiriços. Em concreto, nenhuma disposição da Diretiva obriga o Estado a reembolsar os custos dos cuidados de saúde ministrados por prestadores de cuidados de saúde estabelecidos no seu território se esses prestadores não estiverem integrados no regime de segurança social ou no sistema de saúde público desse EM - n.º 4 do artigo 1.º.

A propósito das obrigações dos EM de tratamento, compete-lhes, no respeito pelos princípios da universalidade, do acesso a cuidados de saúde de boa qualidade, da

⁵⁹ A UE considera como prestação de cuidados de saúde os “[...] serviços de saúde prestados por profissionais de saúde aos doentes com o objetivo de avaliar, manter ou reabilitar o seu estado de saúde, incluindo a prescrição, a dispensa e o fornecimento de medicamentos e dispositivos médicos” – cfr. alínea a) do artigo 3.º. Por “cuidados de saúde transfronteiriços” entendem-se “[...] os cuidados de saúde prestados ou prescritos num Estado-Membro diferente do Estado-Membro de afiliação [...]” – cfr. alínea e) do artigo 3.º. Nesse sentido, e para efeitos de reembolso dos custos dos cuidados de saúde transfronteiriços, a Diretiva deverá abranger as situações em que o doente recebe cuidados de saúde num EM diferente do EM de afiliação, bem como as situações de prescrição, de dispensa e de fornecimento de medicamentos e de dispositivos médicos caso estes sejam fornecidos no âmbito de um serviço de saúde (podendo o doente adquiri-los quer num EM distinto do EM de afiliação, quer num EM diferente daquele em que a receita foi emitida) – cfr. o § 16.

Por outro lado, por doente a Diretiva entende “[...] uma pessoa singular que procure receber ou receba cuidados de saúde num Estado-Membro” – cfr. alínea h) do artigo 3.º. Além disso, com o quadro de coordenação dos regimes de segurança social já existente [Regulamento n.º 883/2004], a Diretiva considera ainda como “pessoa segurada” as pessoas, incluindo os membros da sua família e os seus sobreviventes, abrangidas pelo artigo 2.º do Regulamento (CE) n.º 883/2004 e que sejam pessoas seguradas na aceção da alínea c) do artigo 1.º do mesmo regulamento e os nacionais de um país terceiro abrangidos pelo Regulamento (CE) n.º 859/2003 ou pelo Regulamento (UE) n.º 1231/2010, ou que satisfaçam as condições estabelecidas na legislação do EM de afiliação relativa ao direito às prestações. O conceito de doente é pois mais amplo, na medida em que um doente poderá ver preenchidos os requisitos para ter direito a cuidados de saúde transfronteiriços, quer nos termos da Diretiva, quer nos termos dos regulamentos relativos à coordenação dos regimes de segurança social (podendo depois optar pela aplicação de um ou outro sistema).

A Diretiva não pretende, porém, conferir qualquer direito de entrar, permanecer ou residir num EM, a fim de aí receber cuidados de saúde. Conforme clarifica no § 18, caso a estadia de uma pessoa no território de um EM não esteja em conformidade com a [respetiva] legislação relativa ao direito à entrada ou à estadia no seu território, essa pessoa não deverá ser considerada uma pessoa segurada de acordo com a Diretiva.

Ainda, a definição de cuidados de saúde independentemente da forma como sejam organizados, prestados ou financiados, significa, que devem ser incluídos todos os prestadores de cuidados de saúde (públicos e não públicos). Com efeito, consigna-se no § 11 da Diretiva que “nem a sua natureza especial nem a forma como estão organizados ou são financiados podem excluir os cuidados de saúde do âmbito de aplicação do princípio fundamental da livre prestação de serviços.”.

equidade e da solidariedade, garantir que os cuidados transfronteiriços são prestados nos termos da sua legislação e de acordo com as normas e orientações em matéria de qualidade e segurança estabelecidas pelo próprio, bem como nos termos da legislação da União relativa às normas de segurança – n.º 1 do artigo 4.º. As normas aplicáveis à prestação dos cuidados serão, assim, aquelas previstas no ordenamento do EM de tratamento, em consonância aliás com o já citado princípio de que a organização e prestação de serviços de saúde e de cuidados médicos é da responsabilidade de cada um dos EM. Nesta senda, a Diretiva refere que respeita e não prejudica a liberdade de cada EM de decidir que tipo de cuidados de saúde considera adequado, de modo a que as opções éticas fundamentais de cada EM não sejam postas em causa – § 7 da Diretiva.

Importa referir aqui, também, o princípio do tratamento nacional e não discriminatório. O princípio da não discriminação por razões de nacionalidade é, assim, aplicável aos doentes dos outros EM – n.º 3 do artigo 4.º. Aliás, salienta a Diretiva no § 21, que o respeito pelos princípios supra deve ser assegurado relativamente a doentes de outros EM, devendo os mesmos ser tratados “[...] de forma equitativa, na base das suas necessidades em termos de cuidados de saúde, e não na base do seu Estado-Membro de afiliação.”. Contudo, e segundo se prossegue no mesmo §, a Diretiva “[...] não deverá obrigar os prestadores de cuidados de saúde a aceitar doentes de outros Estados-Membros para tratamentos planeados ou a dar a estes doentes prioridade em detrimento de outros doentes, por exemplo, aumentando o tempo de espera para tratamento de outros doentes.”.

Relevante nesta temática, é a criação de pontos de contacto nacionais, aos quais compete⁶⁰, sumaria e designadamente (i) facilitar o intercâmbio de informações e cooperar com a Comissão e com os pontos de contacto nacionais dos outros EM; (ii) fornecer aos doentes, a seu pedido, os dados dos pontos de contacto nacionais dos outros EM; e (iii) quando na veste de ponto de contacto nacional no EM de tratamento, facultar informações sobre os prestadores de cuidados de saúde incluindo, a pedido, informações sobre o direito de um prestador específico prestar serviços ou sobre eventuais restrições à sua prática, as normas e orientações em matéria de qualidade e segurança estabelecidas no seu território, incluindo disposições relativas à supervisão e à avaliação dos prestadores de cuidados de saúde, bem como informação sobre os

⁶⁰ Devendo comunicar os seus nomes e contactos à Comissão (n.º 1 do artigo 6.º), sendo que posteriormente, a Comissão e os EM tornarão pública esta informação.

prestadores de cuidados de saúde sujeitos a essas normas, e orientação e informação sobre a acessibilidade dos hospitais para pessoas com deficiência.

Por outro lado, e conforme visto, a Diretiva visa igualmente clarificar a sua articulação com o quadro de coordenação dos regimes de segurança social já existente (Regulamento n.º 883/2004) com vista à aplicação dos direitos dos doentes. Em primeiro lugar, a Diretiva não afetará os direitos das pessoas seguradas quanto à assunção das despesas com cuidados de saúde prestados, seja durante a estadia temporária noutro EM, em conformidade com o citado Regulamento n.º 883/2004, seja no âmbito de um pedido de autorização para tratamento programado noutro EM, desde que igualmente preenchidas as condições previstas no mesmo Regulamento n.º 883/2004.

Por outro lado, uma vez verificadas as respetivas condições, “[...] o doente não deverá ser privado da aplicação dos direitos mais favoráveis garantidos pelos [referidos] regulamentos da União [...]”, pelo que ao doente deverá ser concedida autorização para receber o tratamento em causa, caso o mesmo “[...] esteja previsto nas prestações concedidas pela legislação do Estado-Membro em que o doente reside e caso o doente não possa receber esse tratamento num prazo razoável do ponto de vista médico, tendo em conta o seu estado de saúde e a evolução provável da sua condição.” – § 31.

Refira-se que o atual sistema de acesso derivado (*gatekeeping*) aos cuidados secundários (referenciação dos cuidados primários para os cuidados hospitalares) será, assim e à partida, compatível com a Diretiva por ser não discriminatório e, nessa medida, aplicável indiscriminadamente às situações internas e transfronteiriças.

Não obstante, diga-se que excecionalmente deve ser requerida autorização prévia em situações que devem ser claramente designadas e nas condições estipuladas pelos EM. Com efeito, a este propósito, a Diretiva prevê que o EM de afiliação possa decidir sujeitar o reembolso dos custos de cuidados de saúde transfronteiriços a um procedimento de autorização prévia – cfr. artigo 8.º.

A Diretiva determina ainda que cada EM de afiliação tem de tornar pública a lista dos cuidados de saúde sujeitos a autorização prévia, bem como todas as informações relevantes sobre o sistema de autorização prévia. Além disso, resulta do § 34 que se a lista das prestações não indicar especificamente o método de tratamento aplicado, mas definir tipos de tratamento, o EM de afiliação “não deverá recusar a autorização prévia ou o reembolso baseando-se no facto de o método de tratamento não estar

disponível no seu território, mas sim verificar se o tratamento fronteiriço pretendido ou recebido corresponde às prestações previstas na sua legislação”.

Coordenação dos regimes da segurança social na prestação de cuidados de saúde urgente (não programada) ou programada

Recorde-se que a respeito do reembolso dos cuidados de saúde por parte do EM de afiliação do seu beneficiário, a diretiva dos cuidados de saúde transfronteiriços assume a necessária articulação com o quadro de coordenação dos regimes de segurança social já existente (Regulamento n.º 883/2004) com vista à aplicação dos direitos dos doentes. Conforme ali mencionado, a Diretiva não afetará os direitos das pessoas seguradas quanto à assunção das despesas com cuidados de saúde prestados, seja durante a estadia temporária noutro EM, em conformidade com o citado Regulamento n.º 883/2004, seja no âmbito de um pedido de autorização para tratamento programado noutro EM, desde que igualmente preenchidas as condições previstas no mesmo Regulamento n.º 883/2004. Nesse sentido, o seu § 30 expressamente refere que “[...] os dois sistemas deverão ser coerentes: ou é aplicável a [Diretiva] ou são aplicáveis os regulamentos da União relativos à coordenação dos regimes de segurança social.”. E, nessa medida, não têm direito ao reembolso, os beneficiários que, nos termos dos Regulamentos n.º 883/2004 e n.º 987/2009, se encontrem abrangidos pelo sistema de segurança social de outro EM. Também, como visto, o legislador nacional reconheceu que a Lei n.º 52/2014 não prejudica a aplicação do mesmo Regulamento (CE) n.º 883/2004, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de abril de 2004, relativo à coordenação dos sistemas de segurança social e do Regulamento (CE) n.º 987/2009, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de setembro de 2009.

Aqueles regulamentos aplicam-se aos EM da UE, ao EEE e à Suíça. Ali são abrangidos, genericamente, todos os trabalhadores nacionais dos EM e familiares, os pensionistas nacionais de um EM e os seus familiares, as pessoas não ativas que são consideradas seguradas de um EM, os apátridas e refugiados residentes num EM, sujeitos à legislação de um ou mais EM, bem como os seus familiares e sobreviventes; ainda, os nacionais de outros países residentes legais num EM desde que não tenham provindo diretamente de um terceiro país e se encontrem em situação transfronteiriça.

Assim, em concreto, poder-se-á estar perante um cidadão europeu pensionista ou ativo, inscrito num regime de segurança social, e respetivo agregado familiar ou

perante a situação de um cidadão europeu com residência permanente em Portugal (desde que nacional de um dos EM, do EEE ou da Suíça), sem qualquer inscrição num qualquer sistema de segurança social da UE mas que cá fixa a sua residência.

Ora, no capítulo relativo à proteção na doença, os regulamentos em análise procuram estabelecer um conjunto de regras relativas ao acesso a cuidados de saúde e a determinadas prestações pelos dependentes, e outras regras relativas aos reembolsos e pagamentos dos respetivos custos. Genericamente, um cidadão europeu, nacional de um EM distinto do EM da sua residência, tem direito aos cuidados de saúde concedidos nos termos da legislação deste último EM e em igualdade de tratamentos dos seus cidadãos nacionais.

Com efeito, os cidadãos nacionais de um EM e que sejam segurados num sistema de segurança social, passam a ser beneficiários do SNS português e aos mesmos é atribuído um número de beneficiário do SNS. Se o cidadão for já beneficiário de um sistema de segurança social distinto do português, ainda que cá exerça a sua atividade profissional, então o Regulamento n.º 883/2004 determina que deve este, e seus familiares dependentes, adquirir um atestado (formulário S1) que deverá ser entregue junto dos nossos serviços da segurança social da área de residência. Depois da competente validação, pode o mesmo documento ser apresentado junto da unidade de cuidados primários respetiva que, por sua vez, poderá emitir um número do SNS para cada uma das pessoas em causa⁶¹.

Numa outra categoria estão os cidadãos não ativos, nacionais de outros EM e residentes em Portugal, que passam a ter direitos de acesso aos cuidados de saúde no nosso país por aqui residirem⁶². Na prática, o acesso por estes beneficiários aos cuidados de saúde em Portugal depende da apresentação na unidade de cuidados primários da área de residência de um certificado de registo de residência em território nacional junto da Câmara Municipal que servirá para inscrição dos interessados no Registo Nacional de Utentes (RNU) e obtenção de um número de beneficiário do SNS.

⁶¹ Compete à unidade de cuidados primários em causa inscrever as pessoas seguradas no Registo Nacional de Utentes, com base no referido atestado de direitos como residente “Migrante Português/Estrangeiro residente Seg. Estrangeiro”.

⁶² Nos termos da Lei 37/2006, de 9 de agosto, os cidadãos da UE têm o direito de residência em território nacional por período de três meses sem qualquer formalidade específica, além da titularidade de documento de identificação ou por período superior a três meses desde que disponham de recursos suficientes para si próprios e para os seus familiares, ainda um seguro de saúde, se exigido ao cidadão português no EM.

Além do mais, têm estes direito ao CESD⁶³ a emitir pelos serviços de segurança social portugueses.

Assim, conforme se retira da leitura do Regulamento (UE) 883/2004, veio o mesmo aplicar-se – artigo 2.º sob a epígrafe “Âmbito de aplicação pessoal” – aos nacionais de um EM, aos apátridas e refugiados residentes num EM que estejam ou tenham estado sujeitos à legislação de um ou mais EM, bem como aos seus familiares e sobreviventes e, ainda, aos sobreviventes das pessoas que tenham estado sujeitas à legislação de um ou mais EM, independentemente da nacionalidade dessas pessoas, sempre que os seus sobreviventes sejam nacionais de um EM, ou apátridas ou refugiados residentes num dos EM. Por outro lado – artigo 3.º do mesmo Regulamento –, o presente regulamento aplica-se a todas as legislações relativas aos ramos da segurança social que digam respeito, designadamente, a prestações por doença.

3.3.2. Acesso dos cidadãos nacionais de países terceiros abrangidos por acordos bilaterais

Atualmente encontram-se em vigor distintos acordos bilaterais sobre acesso a cuidados de saúde que se aplicam a cidadãos nacionais de países terceiros com estada/residência temporária em Portugal, nomeadamente, os celebrados no âmbito da proteção de doença e maternidade com Andorra⁶⁴, Brasil⁶⁵, Cabo Verde, Quebec, Marrocos, Tunísia e Reino Unido.

⁶³ Com efeito, conforme concluído na Circular de Informação Técnica n.º 7, de 11 de maio de 2012, emitida pela DGSS, “[...] tendo em conta que, de acordo com o citado artigo 11.º, n.º 3, alínea d), a legislação aplicável a estas pessoas é a legislação do EM da residência, Portugal é o EM competente para a emissão do Cartão Europeu de Seguro de Doença (CESD), ao abrigo do artigo 19.0 do Regulamento (CE) n.º 883/2004 e do artigo 25.º do respetivo Regulamento de aplicação (Regulamento (CE) n.º 987/2009, de 16/9/2009).”

⁶⁴ Decreto n.º 12/90, de 2 de maio que aprova, para ratificação, a Convenção sobre Segurança Social entre a República Portuguesa e o Principado de Andorra, bem como o Acordo Administrativo relativo às modalidades da respetiva aplicação, que iniciou a sua vigência em 2 de maio de 1990. Conforme consta do predito diploma, a convenção aplica-se, no caso de Portugal, à legislação sobre o regime geral da segurança social relativo à doença e, em Andorra, à legislação do regime de segurança social sobre doença (regime geral e complementar) – artigo 2.º.

⁶⁵ Decreto do Presidente da República n.º 67/94, de 27 de agosto, que ratifica o Acordo de Segurança Social ou Seguridade Social entre a República Portuguesa e a República Federativa do Brasil, bem como o respetivo Ajuste Administrativo, que iniciou a sua vigência em 1 de setembro de 1994. A Resolução da Assembleia da República n.º 6/2009 veio aprovar o Acordo sobre a segurança social ou seguridade social entre aqueles dois governos, assinado em Brasília, em 9 de agosto de 2006.

Através destes acordos, em regra, os trabalhadores (e respetivos agregados familiares) que exerçam a sua atividade laboral no nosso país e que possuam inscrição no nosso sistema de segurança social são naturalmente detentores de um NISS (número de identificação da Segurança Social) e, nessa sequência, são registados como utentes do SNS, com gozo das condições idênticas aos cidadãos nacionais residentes em Portugal.

Além do mais, todos os cidadãos com autorização de permanência ou residência, e que estejam abrangidos por um sistema de segurança social de um outro país com o qual Portugal detenha um acordo, podem aceder aos cuidados de saúde prestados no SNS desde que apresentem um atestado de direito. Note-se que a autorização de permanência permite o acesso aos cuidados no âmbito do SNS sem que, no entanto, seja feita a inscrição como utente do SNS.

Existem outros acordos de cooperação dirigidos à proteção da saúde celebrados entre Portugal e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP)⁶⁶, pelos quais se pretende assegurar a assistência médica de doentes originários de qualquer um daqueles Estados, com o intuito de lhes serem prestados os cuidados de saúde de nível hospitalar e em regime de ambulatório no SNS, e desde que aqueles Estados não detenham a competência técnica e humana para esse efeito. Note-se que estes cidadãos não estão sujeitos aos mesmos procedimentos que os demais cidadãos estrangeiros. Por outro lado, a responsabilidade do Estado Português no domínio da saúde para com estes cidadãos reflete-se na assistência hospitalar (internamento hospitalar e ambulatório), meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) quando efetuados em estabelecimentos hospitalares oficiais e suas dependências, e transporte em ambulância do aeroporto ao hospital quando clinicamente exigido. Por seu lado, é da responsabilidade de cada um dos PALOP o transporte de vinda e regresso ao país de origem, a deslocação do aeroporto ao local de destino, alojamento a doentes não internados ou em regime de internamento e ambulatório, alojamento após a alta clínica, medicamentos e produtos farmacêuticos prescritos em ambulatório, atribuição de próteses e funeral ou repatriamento.

Além de tudo o referido, devem ser ainda considerados os acordos de cooperação e convenções celebrados pelo Estado Português no âmbito do ensino e formação profissional. Nestes casos, os cidadãos estrangeiros que sejam beneficiários de uma bolsa têm direito à assistência médica e medicamentosa nas mesmas condições que

⁶⁶ Aqui considerados, Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe, e, mais recentemente, Guiné Equatorial.

os nacionais portugueses. A este respeito, e a título exemplificativo, vejam-se os acordos com Cabo Verde⁶⁷ e Angola⁶⁸.

3.3.3. Acesso dos cidadãos nacionais de países terceiros não abrangidos por acordos bilaterais

Os programas dos governos constitucionais

No âmbito de uma política de plena integração dos imigrantes e das minorias étnicas, o Programa do XIV Governo Constitucional (1999-2002) propunha um conjunto de medidas atinentes à proteção e à igualdade dos imigrantes e respetivas famílias. Nesse sentido, ali se previa, designadamente, a necessidade de ser respeitada a vida privada e familiar do imigrante, com o intuito de poder este assumir plenamente os encargos e as responsabilidades na criação dos seus filhos; o acesso dos que residem e/ou trabalham em Portugal ao atendimento médico e à prestação de cuidados de saúde em geral, quando deles ainda não beneficiam; a simplificação dos procedimentos adotados pelos serviços e organismos públicos; a igualdade de tratamento dos jovens filhos de imigrantes em matéria de acesso aos meios disponíveis para os estudantes portugueses carenciados, a nível do ensino superior; o aperfeiçoamento da legislação sobre a nacionalidade; e finalmente, a harmonização de legislação em matéria de imigração ao nível da UE que salguarde os acordos, estabelecidos ou a estabelecer, com os países da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), e defenda os *standards* de direitos dos estrangeiros já consagrados nas convenções internacionais.

É assim que o III Capítulo do documento em análise, sob o título “Uma nova geração de políticas sociais” e com o objetivo nacional de “Modernidade e coesão: gerar emprego, valorizar as pessoas, apoiar as famílias, prevenir e diminuir fraturas sociais”, assume a promoção de uma sociedade para todos, aqui incluídas as minorias étnicas

⁶⁷ Decreto 23/77, de 22 de março, que aprova o Acordo de Cooperação nos Domínios do Ensino e da Formação Profissional entre o Governo da República Portuguesa e o Governo da República de Cabo Verde. De acordo com o n.º 2 do artigo 11.º, os bolseiros gozarão, designadamente, de assistência médica e medicamentosa, quando estas forem concedidas pelo Estado Português aos seus nacionais.

⁶⁸ Decreto n.º 29/91, publicado em Diário da República n.º 91/1991, Série I-A, que aprova o Acordo de Cooperação nos Domínios da Educação, do Ensino, da Investigação Científica e da Formação de Quadros e respetivo Protocolo Adicional entre a República Portuguesa e a República Popular de Angola. Conforme consta do n.º 3 do artigo 15.º, os bolseiros angolanos gozarão de assistência médica e medicamentosa, quando concedida aos nacionais.

e os imigrantes, com a garantia dos direitos sociais. Com efeito, o XIV Governo Constitucional declarava-se convicto da bondade do desenvolvimento de uma sociedade geradora de oportunidades, que promove efetivas políticas ativas de inserção social e de acesso à cidadania; ainda, de uma sociedade inclusiva que permite uma maior igualdade de oportunidades, diferenciadas em contextos estimulados pelo Estado e pelo sector da solidariedade para os grupos mais desfavorecidos, em contraponto a uma visão puramente redistributiva das funções sociais do Estado.

No âmbito da saúde, o programa definia sob o tema “A saúde, a nova prioridade da política social” que o acesso deveria ocorrer em condições de equidade social, de eficiência na gestão e com garantia de qualidade. Ali se percebe o compromisso assumido de um sistema de saúde com uma gestão mais eficiente que preste melhores serviços aos cidadãos em condições de equidade social e com garantia de qualidade. A política de saúde é parte de uma política social que beneficia e contribui para uma sociedade livre, inclusiva e solidária.

Posteriormente, o Programa do XVIII Governo Constitucional (2009-2011), numa abordagem mais ampla e não dedicada apenas ao tema da saúde, aposta na integração dos imigrantes e numa orientação responsável e realista na gestão dos fluxos migratórios, com pleno empenho no combate à imigração ilegal e ao tráfico de seres humanos, bem como na cooperação europeia e internacional. Nesta matéria, é feita referência à lei da nacionalidade, à lei de estrangeiros, à promoção do reagrupamento familiar, ao Plano para a Integração dos Imigrantes, ao trabalho do Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural, ao reforço do Programa Escolhas, ao aumento do apoio às associações de imigrantes, ao Programa Português para Todos, na medida em que se designam como “marcas de uma política de imigração internacionalmente reconhecida e que se afirmou como parte integrante de uma nova geração de políticas sociais.”. Ainda, é proposto no mesmo programa, designadamente, reforçar as medidas de apoio à formação profissional e ao empreendedorismo dos imigrantes; garantir o pleno acesso dos imigrantes aos direitos sociais; combater o abandono e o insucesso escolar entre os descendentes de imigrantes; apoiar a formação de professores para a resposta aos problemas das comunidades imigrantes e aos desafios da multiculturalidade no espaço escolar e social; e aprofundar o combate à discriminação dos imigrantes e das minorias étnicas.

O mais recente programa de governo – Programa do XIX Governo Constitucional (2011-2015) –, em sede de políticas públicas para a saúde reconhece a relevância de

se aprofundar a cooperação no domínio da saúde, com a CPLP, em concreto, facilitar a transferência de conhecimentos e a criação de uma agenda de cooperação em saúde nos domínios técnico e científico, bem como promover o intercâmbio de profissionais do SNS com os serviços de saúde da CPLP. Ali é reconhecido que a população imigrante é igualmente uma preocupação na área da Segurança Social e Solidariedade e, a título de medidas e estratégias a adotar, refere a necessária coesão e integração sociais das populações não autóctones. Além disso, assume que o desenvolvimento social em Portugal enfrenta poderosos constrangimentos, entre os quais se destacam, além do comportamento medíocre da economia portuguesa na última década, a fraca evolução demográfica, o isolamento dos mais velhos, a pobreza persistente, o desemprego, a injustiça no mercado de trabalho, o aumento das desigualdades sociais, a dificuldade em assegurar a sustentabilidade do sistema de pensões e, o florescimento duma cultura de dependência em que cada vez menos se reconhece o mérito e o valor do trabalho e do esforço. Também é destacado o papel positivo que os imigrantes têm no combate à diminuição da taxa de natalidade e assume como prioritária a execução de medidas que tenham como finalidade a solidária inclusão da população imigrante e nómada, quanto a direitos e a deveres de cidadania, fundamentalmente nas áreas da educação, do emprego, da qualificação profissional e da habitação, sem esquecer o papel primordial do desporto. Ainda, em execução do Eixo I – Políticas de integração de imigrantes do PEM, o Governo assume que contará com os contributos da sociedade civil, privilegiando como parceiros estratégicos as organizações não-governamentais (ONG) e as associações de imigrantes e de populações nómadas.

A propósito do Plano Estratégico para as Migrações (PEM) (que, recorde-se, foi publicado para 2015-2020), refira-se que o mesmo serviu à definição de cinco eixos prioritários na área das migrações: Eixo I – Políticas de integração de imigrantes, Eixo II – Políticas de promoção da inclusão dos novos portugueses, Eixo III – Políticas de coordenação dos fluxos migratórios, Eixo IV – Políticas de reforço da legalidade migratória e da qualidade dos serviços migratórios e Eixo V – Políticas de incentivo, acompanhamento e apoio ao regresso dos cidadãos nacionais emigrantes.

No âmbito do sector da saúde, destacam-se as medidas 26 a 31, que ora se transcrevem:

EIXO I - Políticas de integração de imigrantes					
N.º	Medida	Ação	Indicador SMART	Interveniente	Calendarização
26	Clarificação da aplicação do quadro normativo relativo ao acesso de imigrantes, em situação documental irregular, ao Serviço Nacional de Saúde (SNS).	Elaborar despacho ministerial que clarifique a situação.	Publicação de despacho ministerial.	MS/DGS-ACSS, I.P.; MADR/ACM, I.P.	2015 - 2017
27	Implementação e monitorização do Manual de Acolhimento no Sistema de Saúde de Cidadãos Estrangeiros.	Assegurar a implementação do Manual de Acolhimento no Sistema de Saúde de Cidadãos Estrangeiros junto dos serviços e dos imigrantes.	Implementação do Manual de Acolhimento no Sistema de Saúde de Cidadãos Estrangeiros.	MS/DGS-ACSS, I.P.; MADR/ACM, I.P.; PCM/CIG.	2015-2020
28	Incremento da monitorização da saúde em populações vulneráveis, nomeadamente imigrantes.	Elaborar um estudo transversal.	Apresentação de estudo em 2015.	MS/DGS.	2015-2020
29	Criação de informação acessível sobre o sistema de saúde.	Criar brochuras de informação e disponibilizar informação na página eletrónica da Direção Geral de Saúde (DGS) e Portal da Saúde, em vários idiomas, sobre o sistema de saúde e em matéria de direitos de cidadania e saúde nos diferentes países.	Publicação da informação.	MS/DGS; MADR/ACM, I.P.	2015-2020
		Divulgar, através da rede consular portuguesa, informação sobre os direitos dos migrantes aos serviços de saúde locais e ao sistema nacional português, através de brochuras de informação disponibilizadas na página eletrónica da DGS e Portal da Saúde, em vários idiomas.	Publicação da informação.	MS/DGS; MNE/DGACCP; MADR/ACM, I.P.	2015-2020
30	Celebração de protocolos para a mediação intercultural no âmbito do acesso dos imigrantes ao SNS.	Celebrar protocolos com Organizações Não Governamentais (ONG), Instituições Particulares de Responsabilidade Social (IPSS), municípios, ACM, I.P.	N.º de mediadores colocados.	MS/DGS; MADR/ACM, I.P.	2015-2020

EIXO I - Políticas de integração de imigrantes					
N.º	Medida	Ação	Indicador SMART	Interveniente	Calendarização
31	Promoção de formação a profissionais de saúde acerca das necessidades dos migrantes na área da saúde.	Realizar ações de formação específicas.	N.º de ações de formação.	MS/DGS-ARS; PCM/ CIG.	2015-2020

Fonte: PEM 2015-2020.

O enquadramento legal aplicável

O Despacho n.º 25 360/2001 assinado pelo Ministro da Saúde reconhece que o país tem como desafio o fluxo migratório verificado na última década e, nessa medida, “[...] urge pugnar por uma política que conduza à plena integração dos imigrantes nas sociedades onde se encontram.”. Ali se reconhece que, desde 1995, o Governo tem agido de forma a assegurar tal integração “[...] ao corporizar os princípios constitucionais da igualdade, da não discriminação e da equiparação de direitos e deveres entre nacionais e estrangeiros, salvas as exceções constitucionalmente legitimadas, e ainda o direito, também constitucionalmente consagrado, que todos têm à proteção da saúde, [sendo] relevante que os meios de saúde existentes sejam disponibilizados a todos os que deles necessitam, na exata medida das suas necessidades subjetivamente concretizadas, independentemente das suas condições económicas, sociais e culturais.” Além destas, outras preocupações de saúde pública impõem um especial cuidado com o tratamento a dar a este tipo de situações. Assim, ali são determinadas as orientações que servem ao esclarecimento de quaisquer dúvidas no relacionamento entre os cidadãos de países estrangeiros e o SNS.

Conforme definido, e sob a alçada dos preceitos constitucionais já vistos, todos os cidadãos estrangeiros residentes legalmente em Portugal devem poder aceder, em igualdade de tratamento com os beneficiários do SNS, aos cuidados de saúde e de assistência medicamentosa prestados pelas instituições e serviços que constituem o SNS. Para tanto, importa que sejam portadores de um cartão de utente, sendo certo que os pagamentos de cuidados de saúde prestados, pelas instituições e serviços que constituem o SNS, aos cidadãos estrangeiros, referidos no número anterior, que efetuem descontos para a segurança social, e respetivo agregado familiar, é assegurado nos termos gerais.

Diferente situação, também aqui prevista, ocorrerá nos casos dos cidadãos estrangeiros que estejam em Portugal há mais de 90 dias e que não sejam detentores

de um documento comprovativo de autorização de permanência ou de residência, ou visto de trabalho em território nacional. Neste caso, o acesso aos serviços e estabelecimentos do SNS fundamenta-se na apresentação, junto dos serviços de saúde da sua área de residência, do mencionado documento comprovativo (atestado), emitido pelas juntas de freguesia. Certo é que a estes cidadãos poderão ser cobrados valores distintos das taxas moderadoras, a título de preço dos cuidados de saúde, excetuando a prestação de cuidados de saúde em situações que ponham em perigo a saúde pública, atentas as circunstâncias do caso concreto, nomeadamente no que concerne à situação económica e social da pessoa, a aferir pelos serviços de segurança social.

À data foi ainda determinado que as instituições e serviços que constituem o SNS que prestem cuidados de saúde, ao abrigo deste despacho, deverão elaborar relatórios de onde constem o número, a nacionalidade, a profissão, a residência, a idade e o sexo do cidadão estrangeiro, bem como o número e a natureza dos atos médicos praticados e a faturação respetiva. Os referidos relatórios são enviados mensalmente para as ARS, que devem remetê-los à ACSS para efeitos de tratamento estatístico.⁶⁹

O Decreto-Lei 67/2004, de 25 de março, determina a criação de um registo nacional de menores estrangeiros que se encontrem em situação irregular em Portugal, com o intuito de assegurar o seu acesso ao benefício dos cuidados de saúde e à educação pré-escolar e escolar – artigos 1.º e n.º 1 do artigo 2.º. Com efeito, conforme dito no preâmbulo do diploma, percebe-se que estes cidadãos, porque “[...] limitados na capacidade de exercício por força da menoridade e na capacidade de gozo por força da sua condição de imigrantes ilegais, encontram-se num vazio jurídico impeditivo do acesso aos benefícios elementares que a sociedade e o Estado destinam a todos os cidadãos sejam nacionais ou estrangeiros.”. Além disso, mais se refere que as informações recolhidas para esse efeito poderão “[...] servir de fundamento ou meio de prova para qualquer procedimento, administrativo ou judicial, contra qualquer cidadão ou cidadãos estrangeiros que exerçam o poder paternal do menor registado, salvo na medida do necessário para a proteção dos direitos deste.”. Mas, por outro lado, os mesmos elementos não poderão “[...]” servir de base à legalização do menor registado ou do cidadão ou cidadãos estrangeiros que, sobre este, exerçam o poder paternal. A competência para o registo compete a qualquer serviço da Administração Pública, oficiosamente ou por requerimento de quem exerça o poder paternal, e os dados assim recolhidos, devem ser tratados e mantidos pelo atual ACM a recolha, o

⁶⁹ Note-se que foi precisamente ao abrigo desta determinação que foram encetadas diligências junto das ARS e da ACSS, conforme melhor se verá no presente estudo.

tratamento e a manutenção, a quem compete igualmente, “[...] em articulação transversal com os serviços competentes da Administração Pública e da administração regional autónoma, garantir que os menores registados acedam ao exercício dos mesmos direitos que a lei atribui aos menores em situação regular no território nacional.”.

A Circular Informativa da Direcção Geral da Saúde (DGS), n.º 65/DSPCS, de 26 de novembro de 2004, dedica-se aos imigrantes menores. Nesse sentido, esclarece que o Decreto-Lei nº 67/2004 veio criar um “[...] registo dos cidadãos estrangeiros menores cuja situação seja ilegal em face do regime jurídico da entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional [...]”. Assim, esclarece que todas as crianças menores de 16 anos têm acesso aos cuidados de saúde prestados pelo SNS “[...] independentemente do seu estatuto jurídico face ao regime jurídico da entrada, permanência, saída e afastamento de estrangeiros do território nacional”.

Posteriormente, no ano de 2009, a Circular Informativa da Direcção-Geral da Saúde n.º 12/DQS/DMD, de 07 de maio de 2009, veio dar resposta às dúvidas quanto ao enquadramento e procedimentos em matéria de acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde. Com efeito, conforme ali é referido, são designados por imigrantes, “[...] os cidadãos estrangeiros, nacionais de um país terceiro não pertencente ao espaço da União Europeia ou Espaço Económico Europeu e Suíça que residam no território nacional, nos termos regulados na legislação da imigração.”. Ali mais é reiterado o entendimento do Despacho de 2001, já visto *supra*, relativamente aos imigrantes titulares de autorização de residência em Portugal e aos imigrantes que se encontrem numa situação irregular face à legislação da imigração em vigor. Em ambas as situações, é permitido o acesso aos cuidados prestados no SNS desde que seja apresentado o cartão de utente ou o documento da junta de freguesia da área de residência que certifique que se encontram a residir em Portugal há mais de 90 dias⁷⁰, respetivamente. Nas demais situações – em que o imigrante irregular também não é titular de documento que ateste que se encontra a residir em Portugal há mais de 90 dias –, devem ser prestados os cuidados de saúde necessários e os serviços do SNS devem encaminhá-lo para “[...] um Centro Nacional de Apoio ao Imigrante ou para um Centro Local de Apoio à Integração dos Imigrantes mais próximo, a fim destas estruturas de apoio ao imigrante, em articulação com outras entidades oficiais competentes para o efeito, procedam à regularização da sua situação.”.

⁷⁰ Conforme o disposto no artigo 34.º do Decreto-Lei nº 135/99, de 22 de abril.

A referida Circular reforça ainda que, de entre os cuidados a prestar aos imigrantes titulares de um atestado de residência, e que implicam o pagamento da taxa moderadora, constam os cuidados de saúde urgentes e vitais, os cuidados relacionados com as doenças transmissíveis que representem perigo ou ameaça para a saúde pública (tuberculose ou sida, por exemplo), os cuidados no âmbito da saúde materno-infantil e saúde reprodutiva (nomeadamente acesso a consultas de planeamento familiar, interrupção voluntária da gravidez, acompanhamento e vigilância da mulher durante a gravidez, parto e puerpério e cuidados de saúde prestados aos recém nascidos) e cuidados de saúde e vacinação a menores que se encontram a residir em Portugal. Além destas restrições ao nível do tipo de cuidados abrangidos, o acesso aos cuidados de saúde do SNS também se faz em iguais condições de tratamento aos beneficiários do SNS, quando em causa estejam cidadãos estrangeiros em situação de reagrupamento familiar, quando alguém do seu agregado familiar efetua descontos para a Segurança Social devidamente comprovados e quando estamos perante cidadãos em situação de exclusão social ou em situação de carência económica comprovada pelos Serviços da Segurança Social.

No caso de cidadãos irregulares que não sejam titulares de documento comprovativo que autorize ou ateste a residência, também as unidades prestadoras de cuidados de saúde poderão exigir a cobrança do preço, segundo as normas e tabelas em vigor, dos cuidados de saúde que lhes forem prestados, excetuando nas prestações já mencionadas *supra* nas quais apenas serão cobrados os valores das taxas moderadoras.

São excluídos destes procedimentos os cidadãos estrangeiros evacuados a coberto dos Acordos de Cooperação Internacional celebrados entre Portugal e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa.

Com a entrada em vigor desta Circular foram revogadas as Circulares Informativas emitidas pela Direcção-Geral da Saúde n.º 14/DSPCS, de 02 de abril de 2002 e n.º 48/DSPCS, de 30 de outubro de 2002.

No que concretamente respeita às obrigações já mencionadas e definidas pelo Despacho de 12 de dezembro de 2001, para cada uma das Administrações Regionais de Saúde e das estruturas das regiões autónomas, a Circular Informativa da ACSS n.º 001/2010/AICSTF, de 14 de setembro de 2010 realça a necessidade imperiosa de uma identificação cabal de todos os cidadãos imigrantes em Portugal, que sejam oriundos de países distintos dos inseridos no EEE e da Suíça, que sejam residentes e

que se encontrem em situação legal e também que descontem para a Segurança Social, porquanto são estes beneficiários das mesmas condições de igualdade e tendencial gratuitidade no acesso aos cuidados de saúde do SNS, nos mesmos termos dos cidadãos nacionais. Com esse intuito é ali reiterada a obrigação que cabe a cada uma das ARS de transmitir toda a informação melhor descrita no Despacho 25360/2001, que deve ser “[...] pautada por critérios de rigor e uniformidade [...]” com o objetivo de ser garantido um tratamento estatístico dos dados que possibilite a obtenção de informação fiável e robusta para sustentar futuras decisões neste domínio.”. A este propósito acresce um outro de natureza financeira e que se prende com o cumprimento dos termos de acordos celebrados entre Portugal e outros países terceiros para pagamento dos cuidados prestados e que “[...] exige a correta identificação e codificação do doente.”. O documento ora em análise, distingue uma primeira situação respeitante a todos os imigrantes titulares de um cartão do SNS e que efetuam descontos para a Segurança Social, de uma outra situação respeitante aos imigrantes que não sendo titulares de uma qualquer autorização de permanência, residência ou visto de trabalho, são responsáveis pelo pagamento dos cuidados de saúde que lhe forem prestados no SNS, com as exceções respeitantes à saúde pública e à situação económica a aferir pelos serviços da segurança social, e, ainda, de uma última situação atinente aos cidadãos imigrantes abrangidos por acordos ou instrumentos de cooperação internacional.

Em 2 de dezembro de 2013, foi aprovada a Circular Informativa Conjunta n.º 03/2013, pela ACSS e pela DGS e dirigida às instituições do SNS, relativa ao Manual de acolhimento dos cidadãos estrangeiros, no acesso aos SNS e que veio definir e normalizar os procedimentos a aplicar pelas instituições “[...] no âmbito do enquadramento, identificação e condições de elegibilidade do acesso dos cidadãos estrangeiros ao SNS.”. Aqui são estabelecidos, designadamente, códigos de identificação dos imigrantes, atentas as necessidades de estabelecer as entidades responsáveis pelos pagamentos dos valores em dívida pelos cuidados de saúde prestados.

O Manual de acolhimento no acesso aos sistemas de saúde de cidadãos estrangeiros⁷¹ tem como objetivo geral “[...] disponibilizar um conjunto de orientações que assegurem a identificação e os procedimentos necessários à inscrição e acesso

⁷¹ Foi elaborado pela ACSS e pela DGS em colaboração com a Direção Geral da Segurança Social, o atual ACM, a ARS do Norte IP e a ARS do Algarve IP. Foi aprovado pelo Secretário de Estado da Saúde e determina a sua aplicação obrigatória a todas as unidades de saúde. Entrou em vigor em 1 janeiro de 2014.

de cidadãos estrangeiros ao sistema de saúde português.”. Além do mais, refere que os mesmos procedimentos a observar pelas “[...] unidades públicas prestadoras de cuidados de saúde e as unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde com convenção com o SNS.” devem ser alargados aos cidadãos nacionais segurados noutro país ou com direitos prioritários num outro país por força de acordos internacionais celebrados por Portugal. Como objetivos específicos são salientados, entre outros, a necessidade de clarificar os procedimentos necessários de inscrição dos cidadãos estrangeiros e nacionais com direitos prioritários em país terceiro, através do cartão de utente do SNS ou outro meio de identificação aceite, e, ainda, a necessidade de determinar a entidade responsável pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados no SNS.

3.3.4. Acesso de cidadãos nacionais de países terceiros com estatuto de refugiado ou direito de asilo

A estes cidadãos é reconhecido o direito de acesso ao SNS nas mesmas condições dos cidadãos nacionais. Com efeito, a Lei n.º 27/2008, de 30 de junho⁷², no seu artigo 52.º sob a epígrafe “Assistência médica e medicamentosa”, reconhece aos requerentes de asilo ou de proteção subsidiária e respetivos membros da família o acesso ao SNS, nos termos a definir por portaria conjunta⁷³ dos membros do Governo responsáveis pelas áreas da administração interna e da saúde. Para tanto, importa que o cidadão esteja munido de documento comprovativo da apresentação do pedido

⁷² Esta lei veio estabelecer as condições e procedimentos de concessão de asilo ou proteção subsidiária e os estatutos de requerente de asilo, de refugiado e de proteção subsidiária, transpondo para a ordem jurídica interna as Diretivas n.ºs 2004/83/CE, do Conselho, de 29 de Abril, e 2005/85/CE, do Conselho, de 1 de dezembro. Foi posteriormente atualizada pela Lei n.º 26/2014, de 5 de maio.

⁷³ Atualmente, a Portaria n.º 30/2001, de 17 de janeiro, e a Portaria n.º 1042/2008, de 15 de setembro. A primeira entrou em vigor a 22 de janeiro de 2001 e foi aprovada ao abrigo da anterior Lei n.º 15/98, de 30 de junho, tendo estabelecido as modalidades específicas de assistência médica e medicamentosa a prestar nas diferentes fases do procedimento de concessão do direito de asilo, desde a apresentação do respetivo pedido até à decisão final que recair sobre o mesmo. A segunda veio manter o conjunto de mecanismos que continuam a garantir, na íntegra, o direito à proteção da saúde dos requerentes da proteção internacional do Estado Português e veio definir, ademais, ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 52.º da Lei n.º 27/2008, de 30 de junho, que os termos e as garantias do acesso dos requerentes de asilo e respetivos membros da família ao SNS, nas modalidades específicas de assistência médica e medicamentosa a prestar nas diferentes fases do procedimento de concessão do direito de asilo são os definidos pela Portaria n.º 30/2001, sendo que tanto é igualmente aplicável aos requerentes de proteção subsidiária e respetivos membros da família.

de asilo ou de proteção subsidiária⁷⁴. Além disso, para os efeitos do presente artigo, as autoridades sanitárias podem exigir, por razões de saúde pública, que os requerentes sejam submetidos a um exame médico, a fim de que seja atestado que não sofrem de nenhuma das doenças definidas nos instrumentos aplicáveis da OMS ou em outras doenças infecciosas ou parasitárias contagiosas objeto de medidas de proteção em território nacional, cujos resultados são confidenciais e não afetam o procedimento de asilo. Aos requerentes “[...] particularmente vulneráveis é prestada assistência médica ou outra que se revele necessária [...]”.

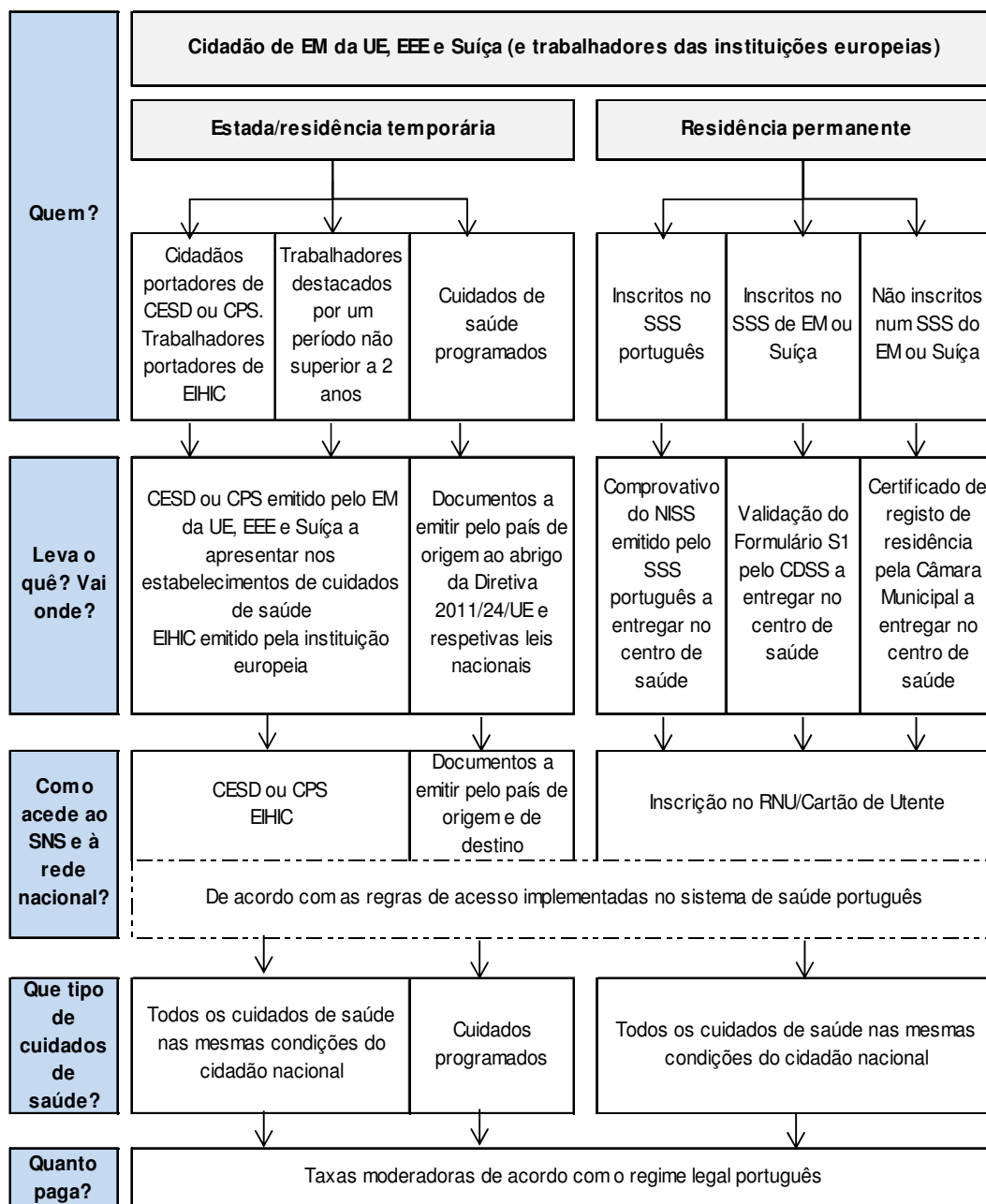
⁷⁴ De acordo com o artigo 14.º da Lei n.º 27/2008, de 30 de junho, respeitante ao comprovativo de apresentação do pedido “[...] 1 - Até três dias após registo, é entregue ao requerente declaração comprovativa de apresentação do pedido de proteção internacional que, simultaneamente, atesta que o seu titular está autorizado a permanecer em território nacional enquanto o mesmo estiver pendente. 2 - Ao requerente de proteção internacional é dado conhecimento dos seus direitos e deveres numa língua que este compreenda ou seja razoável presumir que compreenda.”.

4. Acesso a cuidados de saúde por cidadãos estrangeiros em Portugal

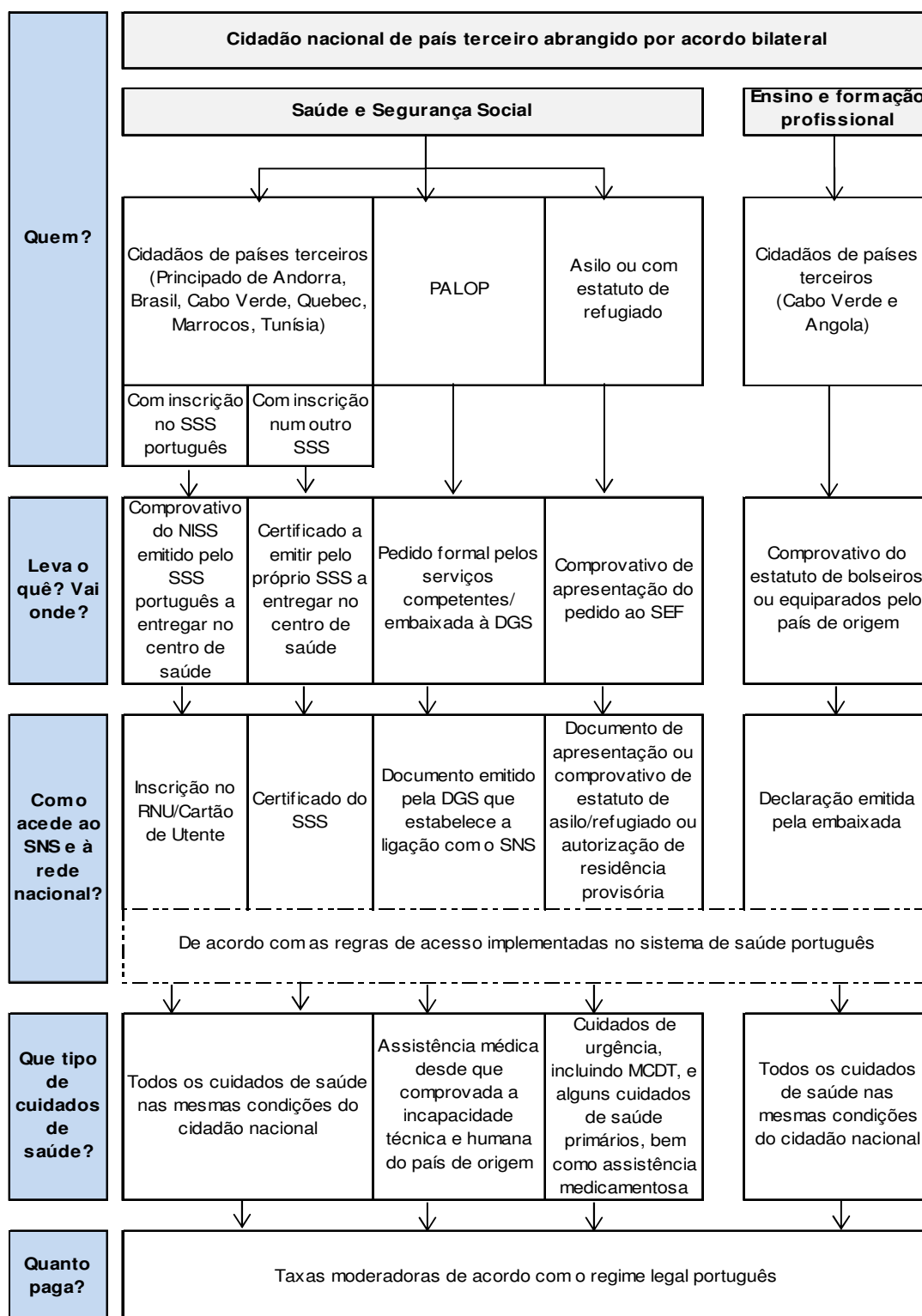
4.1. Os procedimentos de acesso

O presente capítulo servirá à esquematização de todo o enquadramento jurídico apresentado *supra* e pretende, de forma clara, responder a questões práticas como *quem acede a cuidados de saúde, leva o quê e vai onde, como acede, a que tipo de cuidados e quanto paga*, para uma melhor compreensão do percurso a seguir por cada um dos utentes, no sistema de saúde português. Optou-se por dividir, em três esquemas distintos, as realidades que se podem verificar e, por isso, foi considerado um esquema para o cidadão da UE, do EEE e da Suíça (e os trabalhadores de instituições europeias), um outro para o cidadão nacional de país terceiro com acordo bilateral, no âmbito da saúde e da formação e educação, e, ainda, um terceiro esquema para o cidadão nacional de país terceiro sem acordo bilateral.

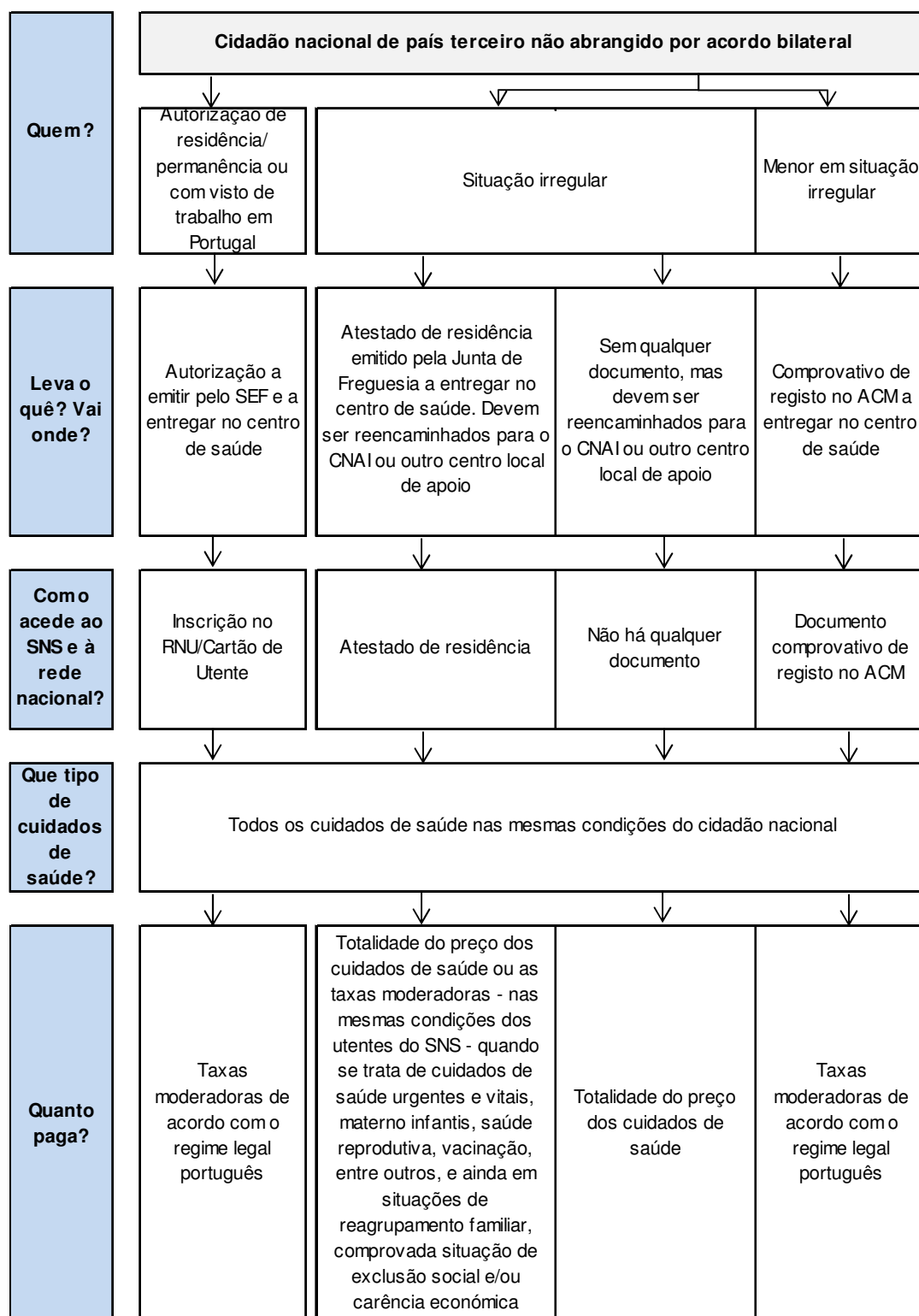
Esquema 1 – Acesso aos cuidados de saúde por parte do cidadão de EM da EU, EEE e Suíça (e trabalhadores das instituições da UE)



Esquema 2 – Acesso aos cuidados de saúde por parte do cidadão nacional de país terceiro abrangido por acordo bilateral



Esquema 3 – Acesso aos cuidados de saúde por parte do cidadão nacional de país terceiro não abrangido por acordo bilateral



Ainda no decurso da elaboração do presente estudo, atenta a necessidade de uma análise crítica factualmente fundamentada sobre a atual resposta do SNS aos cidadãos estrangeiros, imigrantes regulares ou irregulares, foi decidido confrontar as

instituições competentes com o enquadramento legislativo atualmente em vigor e solicitar elementos enunciativos da realidade verificada diariamente no atendimento e na prestação de cuidados.

Assim, foi remetido um pedido de informação a todas as ARS e à ACSS (cfr. pedidos em anexo ao presente estudo) no âmbito do qual foram solicitados distintos elementos, fatuais e documentais, atento, mormente, o teor dos n.ºs 6 e 7 do Despacho n.º 25 360/2001, de 12 de dezembro. Foi igualmente solicitada a colaboração do ACM, em face da missão que lhe foi atribuída na integração e orientação das populações imigrantes. As respostas e informações remetidas à ERS, por cada uma das entidades interpeladas, são sumariamente descritas em anexo I, individualmente, para cada questão/alínea formulada nos pedidos. Na presente secção são evidenciadas as informações mais relevantes tal como enunciadas por cada uma das ARS, pela ACSS e pelo ACM, bem como as dificuldades sentidas, entre os anos de 2009 e 2014, na observação do cumprimento do Despacho n.º 25 360/2001, de 12 de dezembro, em concreto, na análise dos dados e envio dos documentos à ACSS e na elaboração do relatório de monitorização por parte desta última.

Por outro lado, as ARS confirmaram que existem dificuldades ou outras situações reveladoras de uma limitação ao acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde do SNS, as quais são sentidas por parte de imigrantes sem autorização de residência que necessitam de assistência médica e medicamentosa. Em concreto, e a título exemplificativo, a ARS Lisboa e Vale do Tejo evidenciou a dificuldade da inscrição e da prescrição eletrónica no SNS de imigrantes em situação irregular e requerentes de asilo, uma vez que os mesmos não têm número de utente. Com efeito, a não atribuição de um número de utente do SNS impede a possibilidade de, através das diferentes plataformas informáticas, registar alguns direitos no acesso à saúde previstos na legislação em vigor. Esta realidade implica a impossibilidade de (i) emissão de cheques dentista e de inscrição no programa de saúde oral, na plataforma CISO a crianças e grávidas; de (ii) isentar da taxa moderadora do ato de enfermagem da vacinação no caso das vacinas que constam do Plano Nacional de Vacinação; a (iii) recusa dos convencionados em aceitar a referência ao Despacho n.º 25 360/2001 no campo “entidade financeira responsável” nas credenciais para meios complementares de diagnóstico prescritos que obriga ao pagamento do valor total dos exames, o que não é suportável do ponto de vista económico para a maioria destas pessoas; ainda, a impossibilidade de (iv) isentar do pagamento de taxas moderadoras pessoas em situação de exclusão social e carência económica, dado que a mesma é hoje solicitada no portal da saúde, obrigando ao preenchimento do campo referente ao

número do SNS; de (v) emitir cheques dentista aos portadores de VIH na plataforma Sistema de Apoio ao Médico; (vi) de referenciação para a Rede de Cuidados Continuados Integrados; a (vii) impossibilidade de referenciar para consultas hospitalares via ALERT; de (viii) acesso a medicamentos com comparticipação e/ou gratuitamente, pelo facto do receituário não ter número do SNS; de (ix) atribuir médico de família a estes utentes com diagnóstico de tuberculose, também por não ter número de utente; de (x) aplicar taxa moderadora ou isenção da mesma, nos cuidados domiciliários, dado que o sistema de faturação MARTA exige número de utente – cfr. resposta da ARS Lisboa e Vale do Tejo no anexo I.

Importa também realçar a dificuldade descrita pela ARS Alentejo relativamente ao encaminhamento dos imigrantes em situação irregular, no pós-internamento hospitalar, quando estão indocumentados ou não detêm um qualquer contacto de familiares. A título de exemplo, é denunciada a situação de três doentes estrangeiros que persistem internados no Centro Hospitalar do Algarve, EPE, e cujo encaminhamento para outros níveis e prestadores do SNS se encontra bastante dificultado, apesar dos contatos já efetuados com as Embaixadas e a Segurança Social, precisamente porque não são estes detentores de n.º de utente do SNS. – cfr. resposta da ARS Alentejo no anexo I.

Ainda no que respeita às barreiras ao acesso a cuidados de saúde por parte dos imigrantes, o ACM tem verificado, através dos Centros Nacionais de Apoio ao Imigrante (CNAI), a existência de constrangimentos relativamente a cidadãos que se encontram em situação irregular que, em grande parte, se prendem com questões informáticas, na medida em que algumas plataformas informáticas não estão ainda parametrizadas “[...] de acordo com a legislação em vigor e com o definido no Manual de acesso dos cidadãos estrangeiros ao SNS [...]”, que visa definir e harmonizar procedimentos relativamente ao acesso à saúde dos cidadãos estrangeiros. Em concreto, o sistema nem sempre permite às entidades convencionadas a indicação do Despacho n.º 25360/2001 na prescrição de credenciais para meios complementares de diagnóstico, em situações do § 7 da Circular n.º 12 de 7 de maio de 2009. Outra das situações verificadas prende-se com “[...] a impossibilidade de solicitar o pedido de isenção do pagamento de taxas moderadoras a pessoas que se encontram em situação de exclusão social e carência económica, dado o pedido ter de ser efetuado no portal da saúde, com preenchimento obrigatório do campo referente ao número do SNS.”. Ainda, é relatada a dificuldade de referenciação destes imigrantes para a Rede

de Cuidados Continuados Integrados e a impossibilidade de prescrição de medicação quando comparticipada, por não atribuição de um número do SNS.

Com o intuito de melhor ultrapassar as diferenças culturais, linguísticas, de organização e de sistema legislativo, os CNAI reúnem vários serviços de apoio ao imigrante, como sejam o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, a Autoridade para as Condições de Trabalho, e os Ministérios da Educação e da Saúde.

Importa realçar, todavia, que as dificuldades descritas *supra* não se revelam patentes nas reclamações formuladas e registadas em livro de reclamações ou qualquer outro suporte, na medida em que, da análise das respostas das cinco ARS relativas às reclamações feitas por imigrantes, entre 2009 e 2014, constatou-se que as mesmas resultaram de situações muito pontuais e o seu número foi muito reduzido em cada região de saúde.

Assim, do lado da oferta da prestação dos cuidados de saúde, no âmbito das possíveis barreiras ao acesso aos cuidados de saúde, as ARS evidenciam a ausência do conhecimento e da aplicabilidade da legislação em vigor por parte do pessoal administrativo e por vezes, por parte dos profissionais de saúde. Foram também evidenciados problemas atinentes a barreiras linguísticas e culturais de onde resultam, por vezes, desentendimentos entre o utente imigrante e os profissionais de saúde ou o pessoal administrativo. Outros problemas evidenciados prendem-se com as estruturas organizativas com elevada burocracia condicionando assim o acolhimento e a prestação dos cuidados de saúde ao imigrante, também limitando a eficácia da resposta.

Do lado da procura dos cuidados de saúde, destaca-se uma ausência ou informação incompleta por parte da população de imigrantes quanto aos seus direitos e deveres, ainda obstáculos linguísticos e culturais que dificulta a comunicação entre o imigrante e os profissionais administrativos ou os profissionais de saúde.

Relativamente às estruturas humanas ou institucionais implementadas pelas ARS ou por qualquer uma das instituições e serviços do SNS da área de influência de cada região de saúde, verifica-se que todas as regiões de saúde, com a exceção da ARS Norte, mencionaram que os gabinetes de utente apoiam e esclarecem as dúvidas colocadas pelas unidades de cuidados de saúde e têm como função prestar informações sobre o funcionamento dos serviços, agilizar a resolução de dificuldades que possam surgir à população em geral, o que inclui, a comunidade imigrante. – cfr. respostas das ARS em anexo I.

Importa aqui também evidenciar algumas das iniciativas descritas pelas ARS, nomeadamente pela ARS Centro, onde o ACES Baixo Vouga criou um setor integrado na área financeira da unidade de apoio à gestão que “presta informações a utentes e colegas nos centros de saúde de acordo com o estabelecido nos regulamentos comunitários ou acordos bilaterais”. Por outro lado, o ACES Baixo Mondego desenvolveu uma parceria com a organização Graal – Projeto Saudar+, para disponibilizar informação a utentes em vários idiomas e o ACES Pinhal Interior Norte é “[...] parceiro de vários projetos e integra grupos de trabalho desenvolvidos pelas Câmaras Municipais, no âmbito da integração das populações imigrantes”. – cfr. respostas das ARS Centro em anexo I.

Por seu lado, o ACM, no âmbito das suas competências de promover o acesso aos cuidados de saúde e utilização destes serviços pela população de imigrantes, mencionou a existência e o papel dos CNAI e enumerou algumas diligências que têm sido por si promovidas atento, mormente, o conteúdo do II Plano de Integração dos Imigrantes (PII) aprovado para o triénio 2010-2013 – cfr. resposta da ACM em anexo I. Acrescentou também que, atualmente, existem equipas municipais de mediação intercultural que têm desenvolvido a sua atividade também na área da saúde e, nesse âmbito, têm “[...] prestado apoio aos profissionais e instituições no esclarecimento de códigos culturais relevantes, tradução linguística, esclarecimentos sobre a legislação de imigração e do acesso dos nacionais de países terceiros a vários serviços e instituições. Têm efetuado também alguns acompanhamentos a cidadãos nacionais de países terceiros no acesso à saúde e organizado e promovido várias ações de sensibilização/formação em alguns ACES, dirigidos a vários profissionais de saúde, em articulação com o Gabinete da Saúde do CNAI”.

Na perspetiva de garantir uma melhor gestão do processo de assistência médica a doentes evacuados dos PALOP, o ACM e o Instituto de Segurança Social, IP (ISS) promoveram conjuntamente o Programa de Apoio ao Doente Estrangeiro (PADE) que se focalizou no apoio social de doentes estrangeiros e dos seus acompanhantes “[...] que necessitassem de tratamento em Portugal, devidamente atestados por junta médica, tendo sido constituída uma rede de 6 casas de acolhimento.”.

Também na área de promoção da saúde mental dos imigrantes, o ACM indica ter sido promovido um seminário dedicado à “Saúde Mental e Pessoa Sem Abrigo: Onde, Como e Porquê?” que permitiu divulgar o trabalho desenvolvido “[...] pelas diversas instituições públicas e sociais que prestam cuidados de saúde mental junto das pessoas sem-abrigo, a nível nacional, e promover o debate sobre a articulação

existente entre a saúde mental e o sector social.”. Ainda nesta área, foram ministradas ações de formação subordinadas ao tema "Referenciação para a Saúde Mental e acesso à saúde dos imigrantes", em parceria entre a ARS Lisboa e Vale do Tejo e o Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM).

Além destas informações, o ACM realçou a relevância (e o teor) do II PII, do Manual de Acolhimento no Acesso ao Sistema de Saúde aos cidadãos estrangeiros, da Circular Informativa n.º 006/2011, de 22 de fevereiro, emitida pela DGS e, igualmente, do PEM.

Relativamente à informação disponibilizada aos utentes imigrantes a ARS Alentejo destacou que a mesma se encontra na página institucional na internet, designadamente a legislação e folhetos informativos em parceria com o ACM, o Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural (ACIDI), o SEF e o ISS. Destaca-se aqui a ação da ARS Alentejo, em 2014, onde foram executadas seis ações de formação e acompanhamento nos ACES sobre a aplicação e implementação do “Manual de Acolhimento no acesso ao sistema de saúde de Cidadãos Estrangeiros”, e várias sessões de esclarecimento (como ocorreu no Consulado Britânico de Portimão) e de outras iniciativas como a implementação do Conselho Municipal para a Integração dos Imigrantes (GU Portimão) no Centro de Saúde de Portimão. Por último, a ARS Algarve também evidenciou que o Núcleo do Cidadão e Documentação contactou as várias Associações de Imigrantes da região, com o intuito de melhor divulgar a legislação e informação pertinente e diretamente ligada ao acesso dos imigrantes ao SNS, nomeadamente sobre taxas moderadoras, requisitos para a isenção do seu pagamento, sobre o direito de acompanhamento dos utentes nos serviços de urgência do SNS e sobre os encargos suportados pelo SNS com o transporte de doentes.

Ainda, no que respeita ao cumprimento do Despacho n.º 25 360/2001, constatou-se que, de acordo com a resposta da ACSS, a ARS Norte, a ARS Lisboa e Vale do Tejo e a ARS Alentejo, foi apresentada a informação referente aos campos indicados no ponto n.º 6 do mencionado Despacho, para o período entre 2009 e 2014, para os cuidados de saúde primários mas que, até à data da resposta, ainda não tinha sido objeto de análise nem do respetivo tratamento estatístico – cfr. resposta da ACSS em Anexo I.

Na realidade, foi pela mesma ACSS evidenciado que para cumprimento do n.ºs 6 e 7 do predito Despacho e, em conjunto com a DGS, seria ainda implementado um

procedimento adequado à recolha de informação a nível hospitalar e de cuidados de saúde primários, através do sistema SIARS, bem como a respetiva análise por parte das ARS a remeter em relatório estandardizado e subsequente tratamento estatístico da informação por parte da ACSS e DGS. Sendo mais referido que daquele procedimento seria dado conhecimento à ERS aquando da sua implementação.

Finalmente, quanto a documentos legais e regulamentares atualmente implementados na área geográfica de atuação de cada uma das ARS, atinentes ao acesso pelos imigrantes aos cuidados de saúde no SNS, a ARS Norte referiu que em todas as unidades de Saúde encontra-se afixada a Carta de Direitos e Deveres dos Utentes que utilizam o SNS. A ARS Centro esclareceu que divulga junto de todos os ACES as orientações emanadas pelas entidades com competência nesta área, nomeadamente ACSS, DGS, IGAS e da Segurança Social. Neste aspeto, fez clara menção ao Manual de Acolhimento no acesso ao sistema de saúde de cidadãos estrangeiros, e aos esclarecimentos prestados pela IGAS acerca da utilização do CESD que, conforme decorre do ofício junto pela respondente anota que deverão ser assegurados nas mesmas circunstâncias em que são os nacionais, os cuidados de saúde necessários a todos os cidadãos da UE, titulares do predito cartão. A ARS Alentejo enumerou distintos documentos, legislativos e normativos, atinentes à temática da prestação de cuidados de saúde aos imigrantes e que foram já considerados no presente estudo.

4.2. Análise crítica

O direito à saúde consagrado na CRP assume-se como um direito universal, e, por isso, um direito atribuído a todos, aqui também considerados, de entre os cidadãos estrangeiros, os imigrantes, em situação regular e irregular. Para tanto, o sistema de saúde organiza-se, ou tende a organizar-se, para melhor garantir o acesso aos cuidados de saúde de quem decide deslocar-se e/ou permanecer em Portugal, através da estruturação e monitorização das suas entidades de cuidados primários e hospitalares, da informação e formação dos seus recursos humanos e com a disponibilização da sua capacidade de resposta.

Ainda assim, o legislador reconheceu existirem diferentes realidades entre os cidadãos estrangeiros, mormente resultantes da sua origem e da motivação da sua deslocação, pelo que, também como visto, procurou definir e enquadrar distintos direitos e deveres daqueles outros e das instituições que integram o sistema de saúde.

Ocorre que muitos fatores devem ser tidos em consideração sempre que se lida com estas realidades e populações não nacionais, especialmente quando se é defrontado com populações em situação irregular, porque frequentemente subsiste um receio vivenciado por muitas destas pessoas, de serem obrigadas a regressar às suas pátrias e, que, por isso, evitarão deslocar-se a um serviço público para a obtenção de um documento legal ou mesmo para a prestação de cuidados de saúde. A este propósito, foram criadas estruturas humanas de apoio, algumas voluntárias (não integradas, por exemplo, no SEF), e o legislador cuidou em defender que as informações obtidas no âmbito da prestação de cuidados ou registo destes imigrantes por parte dos profissionais de saúde ou dos grupos de apoio não podem servir para denunciar as situações concretas junto das polícias competentes.

Além disso, embora se verifique uma imposição universal do acesso aos cuidados de saúde no nosso país, hoje mantêm-se barreiras que podem limitar esse acesso e que são sentidas, especialmente, pelos imigrantes em situação irregular.

Num primeiro plano, surgem desde logo barreiras no procedimento do registo e prestação dos cuidados de saúde clinicamente necessários e úteis, porque àqueles cidadãos em situação irregular, e também aos asilados, não é atribuído um número de utente do SNS. Tanto implica, desde logo, que os menores e as mulheres grávidas não possam, por exemplo, beneficiar de cheques dentista ou não possam ser inscritos no programa de saúde oral, na plataforma CISO; ainda, que não seja possível registar a isenção de uma qualquer taxa moderadora do ato de enfermagem da vacinação no caso das vacinas que constam do PNV ou em qualquer outra situação por exclusão social ou carência económica. Além do mais, sem o número de utente do SNS, há impossibilidade de referenciar o cidadão estrangeiros em situação irregular para a Rede de Cuidados Continuados Integrados, ou mesmo para as consultas hospitalares via ALERT, ou ainda de prescrever a realização de MCDT numa entidade convencionada com o SNS, o mesmo ocorrendo com a impossibilidade de prescrever medicamentos com comparticipação e/ou gratuitamente.

Além desta barreira, outras existem ainda que são sentidas, agora, também por todos os cidadãos estrangeiros, e que assentam, essencialmente, nas dificuldades de comunicação com e pelos profissionais administrativos e de saúde. Desde logo, barreiras linguísticas e culturais que condicionam o acesso à informação e à utilização dos serviços porque, além da habitual assimetria de informação entre utentes e profissionais de saúde, também surgem dificuldades no entendimento claro e completo sobre a sua situação de doença e, por exemplo, sobre a prescrição de medicamentos ou exames complementares. É certo que no caso dos cidadãos estrangeiros as

dificuldades surgem ainda a jusante do acesso, porque, na realidade, muitos não entendem o que devem e podem fazer para regularizar a sua situação e junto de que entidades – o que dificulta, como visto, o acesso aos cuidados no SNS.

Ainda do lado de quem procura, ou seja, do lado dos cidadãos imigrantes, as barreiras também se verificam na situação laboral instável e precária, na dificuldade em obter proteção social e no custo associado aos cuidados de saúde. Além disso, também as deficientes condições de habitação, os rendimentos reduzidos, o stress psicológico associado à exclusão social e à ausência de redes de apoio, contribuem para a situação desfavorável deste grupo.

Por outro lado, percebe-se que as instituições do sector da saúde não têm logrado monitorizar esta realidade. As entidades prestadoras de cuidados de saúde, cada uma das ARS e a própria ACSS, não têm dado cumprimento à obrigação que sobre cada uma impende de registar, tratar e monitorizar informação sobre todos os cidadãos estrangeiros que acedem aos cuidados de saúde no SNS. Tanto decorre, como visto, da insuficiência da informação prestada e da inércia por parte dos prestadores, no cumprimento da obrigação que sobre si impende relativamente a cada uma das ARS competentes, e ainda, da incapacidade do sistema informático para recolher tal informação ou mesmo, da omissão no tratamento e não existência de procedimentos de monitorização por parte da ACSS.

É, pois, certo que hoje não há um efetivo conhecimento da realidade dos utentes cidadãos estrangeiros, seja relativamente à sua identidade, à sua nacionalidade e à sua origem, seja ainda relativamente aos cuidados que são prestados. Também não são suficientes as informações sobre todas as dificuldades sentidas, o que limita a capacidade de se desenhar políticas que promovam um melhor acesso pelos imigrantes a cuidados de saúde.

5. Conclusões

O presente estudo teve como objetivo essencial avaliar a resposta do sistema de saúde português aos imigrantes que decidem deslocar-se e permanecer em Portugal, e permitiu concluir o seguinte:

1. Entre 2009 e 2013 verificou-se um aumento da taxa de crescimento anual média do número de novos imigrantes de longa duração nos países que integravam a UE27. Esta realidade é mais acentuada em países como a Lituânia (28%), a Letónia (18%) e a Alemanha (15%). Em tendência contrária, destacam-se os países com dois dígitos de decréscimo anual como a Grécia (21%), Eslováquia (20%), República Checa (17%), Eslovénia (14%) e Portugal (11%).
2. Em 2014, o Continente Europeu representava a mais relevante origem de população estrangeira com estatuto legal de residente em Portugal (39,5% do total), seguido pelos continentes Africano (25,4%) e Americano (24,2%), e por último, pelo Continente Asiático, com 11,0%.
3. O direito à proteção da saúde assume-se como um direito universal e, por isso, é garantido também a todos os cidadãos estrangeiros, mesmo que em situação irregular, que chegam a Portugal e que aqui decidem permanecer ou residir.
4. As diferentes nacionalidades e circunstâncias de quem decide deixar o seu país de origem circunscrevem diferentes enquadramentos jurídicos e fáticos do direito à saúde atribuído aos cidadãos estrangeiros.
5. Por isso, a discussão apresentada no presente estudo foi alargada, também, às situações específicas de quem, não sendo nacional, não é enquadrado (apenas) no âmbito subjetivo do regime da Lei n.º 23/2007, de 4 de julho, mas é considerado titular do direito à proteção da saúde e do dever de a defender e promover, e beneficiário do SNS, tal como assumidos pela CRP e pela LBS, respetivamente.
6. Assim, podem considerar-se quatro realidades, a saber, a do cidadão europeu de um EM da UE, do EEE e da Suíça (que decide residir de forma permanente ou temporária em Portugal) e do trabalhador das instituições europeias, a do cidadão nacional de um país terceiro com o qual Portugal outorgou um acordo bilateral (aqui também consideradas as deslocações motivadas por formação e educação), a do cidadão nacional de um país terceiro com o qual não existe um qualquer acordo bilateral que também se encontre em situação irregular no

nosso país e, finalmente, a do cidadão nacional de país terceiro com estatuto de refugiado ou direito de asilo.

7. Da análise da informação recolhida junto das ARS, da ACSS e do ACM, resulta que se mantêm barreiras no acesso aos cuidados de saúde por parte do cidadão estrangeiro que, desde logo, se prendem com dificuldades linguísticas, diferenças culturais, problemas e dificuldades socioeconómicas, mas também com barreiras assentes em constrangimentos informáticos e de procedimentos instalados na referenciação destes utentes e na prescrição de medicamentos pelo SNS.
8. Especialmente no caso dos imigrantes em situação irregular, identificaram-se questões relevantes no atendimento e acesso a cuidados de saúde que não raras vezes decorrem do facto de os sistemas informáticos não permitirem, por exemplo, a referenciação para cuidados diferenciados ou, ainda, a prescrição de MCDT e de medicamentos.
9. Certo é que estes limites fundamentam desigualdades, podendo, portanto, resultar em situações divergentes das características da universalidade, equidade e generalidade no acesso dos utentes aos cuidados de saúde.
10. Por outro lado, as instituições não têm logrado acompanhar devidamente esta realidade, não obstante a vontade plasmada nos textos legais e orientações normativas. Com efeito, as entidades prestadoras de cuidados de saúde, cada uma da ARS e a própria ACSS, não têm dado cumprimento à obrigação que sobre cada uma impende de registar, tratar e monitorizar informação sobre todos os cidadãos estrangeiros que acedem aos cuidados de saúde no SNS.
11. Tanto decorre, como visto, quer da informação insuficientemente transmitida, quer da inércia, por parte dos próprios prestadores que não lograram dar cumprimento à obrigação que sobre si impende de enviar a informação devida a cada uma das ARS, quer ainda, da incapacidade do sistema informático para recolher tal informação ou mesmo da omissão no tratamento e não existência de procedimentos de monitorização da realidade, por parte da ACSS.
12. É, pois, certo que hoje não há um efetivo conhecimento da realidade relativamente aos utentes, cidadãos estrangeiros, seja no que respeita à sua identidade, à sua nacionalidade e sua origem, seja ainda relativamente aos cuidados que são prestados e aos valores que lhes são efetivamente cobrados.
13. E naturalmente, esta falta de conhecimento limita a capacidade de desenhar políticas que promovam um melhor e mais adequado acesso pelos imigrantes aos cuidados de saúde que lhes são legalmente salvaguardados.

Anexo I – Informações recolhidas junto das ARS, da ACSS e do ACM

As respostas e informações remetidas à ERS, por cada uma das entidades interpeladas serão sumariamente consideradas em *infra*, individualmente, para cada questão /alínea formulada nos pedidos.

- Informações recolhidas junto das ARS

Por ofício de 23 de março de 2015, foi solicitado a cada uma das ARS, ao abrigo do disposto no artigo 31.º dos Estatutos da ERS, o seguinte:

a) Identificação, por designação, de todas as instituições e serviços do SNS que, entre os anos de 2009 e 2014, deram cumprimento ao indicado no predito Despacho [Despacho n.º 25 360/2001, de 12 de dezembro]; e

b) Envio dos documentos finais que terão sido motivados pela análise de cada um dos relatórios e que tenham sido eventualmente remetidos, à ACSS, entre os anos de 2009 e 2014, em cumprimento do indicado no predito Despacho.

- A ARS Norte anotou que rececionou os relatórios do ACES Alto Tâmega e Barroso, do Vale do Sousa Norte e do Vale do Sousa Sul, Guimarães e Centro Hospitalar do Nordeste. Mais acrescentou que a ferramenta SIARS serviu à extração direta de informação necessária e, desde então, foi possível remeter, à ACSS, os mapas mensais com o movimento assistencial aos cidadãos estrangeiros registados nos sistemas de informação locais. Certo é que com as mudanças na gestão daquele sistema, alguns mapas deixaram de ser extraídos.

- A ARS Centro referiu que não rececionou um “[...] qualquer relatório elaborado pelas unidades de saúde da [sua] área de influência, relativo a cuidados de saúde prestados a cidadãos estrangeiros.”.

- A ARS Lisboa e Vale do Tejo mencionou que “[...] Todos os cidadãos imigrantes, que se dirigem às equipas de saúde das Unidades de Saúde da

ARS Lisboa e Vale do Tejo, são atendidos, não obstante a sua situação formal (regular ou irregular).”.

No caso concreto de imigrantes irregulares, os técnicos do DICAD “[...] desenvolvem diligências para os ajudar a regularizar a sua situação através do seu encaminhamento e/ou acompanhamento para serviços, nomeadamente, SEF e IPSS especializadas nesses casos, entre outros. Quando necessário, é realizada a articulação com outros serviços de saúde, quer para a prestação de cuidados, quer para a realização de MCDT. No ano de 2014, o DICAD apurou um número total de 682 imigrantes inscritos nas equipas de Tratamento da DICAD da ARS Lisboa e Vale do Tejo provenientes de 59 países.”.

A faturação é gerada quando há prestação de cuidados a utentes que se encontram em estadas temporárias ao abrigo do CESD ou do CPS e/ou trabalhadores destacados que apresentam o formulário S2, mas tanto não ocorre relativamente aos cidadãos referidos no Despacho.

- A ARS Alentejo referiu que entre os anos de 2009 e 2011, rececionaram os relatórios das unidades de cuidados primários integrados na ULSBA de entre as quais constam as unidades de Almodôvar, Beja, Cuba, Moura, Ourique, e outras integradas no ACES de entre as quais constam as unidades de Borba, Extremoz, Évora e Reguengos de Monsaraz, ao abrigo do Despacho n.º 25360/2001, de 12 de dezembro.

Também foi referido que “[...] nos anos de 2009 a 2011, a informação era recolhida junto de todos os Centros de Saúde, sendo elaborado manualmente um relatório consolidado na ARS Alentejo.”. No ano de 2012, os relatórios passaram a ser emitidos pelo SIARS (Sistema de Informação da ARS) e na sequência de um contacto para a ACSS terá esta informado “[...] telefonicamente de que os dados enviados pelas ARS não estavam a ser trabalhados pela ACSS, pelo que foi suspenso o envio dos mesmos, até instrução em contrário.”.

Com efeito, foram informados que a ACSS não está a conseguir processar todos os elementos, atento o elevado volume de papel que esse reporte implica. Ainda assim, com a divulgação do Manual de Acolhimento no acesso ao sistema de saúde de cidadãos estrangeiros, foram implementados nos diversos sistemas informáticos os novos códigos de Entidade Financeira

Responsável (EFR) que permitem identificar, se corretamente aplicados, o fluxo de doentes e o corresponde valor da despesa. E por isso, entendeu-se não ser necessário, até informação em contrário, a apresentação mensal referida no Despacho, uma vez que em caso de necessidade de tratamento estatístico desta informação, a partir de 2014 já é possível obtê-la através da consulta dos códigos EFR.

Foram ainda remetidos os dados entretanto retirados do SIARS. De entre os ali registados, destacam-se os do ano 2014 que, por mês, identificam o ato clínico prestado, a nacionalidade, idade, concelho de residência, n.º de utente do SNS, n.º e valor da taxa moderadora liquidada pelo imigrante, por ULS e pelo ACES Alentejo Central.

Além do mais, a ARS trouxe ao conhecimento da ERS, os dados que entre 2009 e 2011 foram enviados à ACSS para efeitos de cumprimento das obrigações decorrentes do Despacho n.º 25360/2011. Conforme decorre do anexo correspondente, importa realçar que os relatórios elaborados consideraram o ato clínico praticado, o n.º de utente do SNS (quando existente), a nacionalidade, a morada e a idade, ainda o valor faturado pelo SNS.

Acresce que também a ULSBA, EPE logrou remeter à ERS, informação complementar sobre o pretendido pela ERS. Nesse seguimento, e no respeitante às alíneas a) e b), foi possível averiguar que este concreto prestador não dá cumprimento ao estipulado no Despacho e na obrigação de envio do relatório para a ACSS.

- A ARS Algarve destacou que o Gabinete Jurídico e do Cidadão, bem como o Departamento de Gestão e Administração Geral e do Departamento de Saúde Pública e Planeamento, localizaram os relatórios enviados pelo Hospital de Faro em 2008 e 2009, e que foram remetidos para a ACSS.

Dos dados trazidos ao conhecimento da ERS, resulta que é possível perceber, designadamente, qual a nacionalidade, número de utente do SNS (quando existente), ato clínico praticado e importância faturada.

c) Indicação sobre se é essa ARS conhecedora de dificuldades ou de quaisquer outras situações reveladoras de uma limitação ao acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde do SNS e, no caso afirmativo, explicitação dos procedimentos que tenham sido entretanto adotados com vista à resolução daquelas;

- A ARS Norte referiu que entre “[...] os anos de 2009 e 2014, foram reportadas a esta ARS algumas situações pontuais passíveis de poderem ser consideradas como representativas de limitações ao acesso de imigrantes aos cuidados de saúde do SNS, principalmente pelas dúvidas que as mesmas suscitavam.”. Em concreto, são referidas as situações de cidadãos brasileiros sem autorização de residência que necessitam de assistência médica e medicamentosa e os diversos pedidos de informação, também do próprio SEF, relativamente a cidadãos imigrantes que pretendem ser inscritos num Médico de Família ou num centro de saúde.

- A ARS Centro informou que “[...] todas as dificuldades sinalizadas por cidadãos imigrantes, por profissionais de saúde, por outras instituições, e até por unidades consulares, têm sido solucionadas e, dependendo dos problemas existentes, corrigidos procedimentos junto das unidades de saúde.”.

- A ARS Lisboa e Vale do Tejo descreveu que em outubro de 2012, enviou à ACSS um ofício a solicitar orientações para “[...] a inscrição e prescrição eletrónica no SNS de imigrantes em situação irregular e requerentes de asilo uma vez que os mesmos não têm número de utente [...]”. Com efeito, a não atribuição de número de utente impede a possibilidade de atribuir, nas várias plataformas informáticas, alguns direitos no acesso à saúde previstos na legislação em vigor, como sejam a (i) impossibilidade de emissão de cheques dentista e de inscrição no programa de saúde oral, na plataforma CISO a crianças e grávidas; a (ii) impossibilidade de isentar da taxa moderadora do ato de enfermagem da vacinação no caso das vacinas que constam do PNV; a (iii) recusa dos convencionados em aceitar a referência ao Despacho 25360/2001 no campo "entidade financeira responsável" nas credenciais para meios complementares de diagnóstico prescritos que obriga ao pagamento do valor total dos exames, o que não é suportável do ponto de vista económico para a maioria destas pessoas; a (iv) impossibilidade de isentar do pagamento de taxas moderadoras pessoas em situação de exclusão social e

carência económica, dado que a mesma é hoje solicitada no portal da saúde, obrigando ao preenchimento do campo referente ao número do SNS; a (v) impossibilidade de emitir cheques dentista aos portadores de HIV na plataforma SAM; a (vi) impossibilidade de referenciação para a Rede de Cuidados Continuados Integrados; a (vii) impossibilidade de referenciar para consultas hospitalares via ALERT; a (viii) impossibilidade de acesso a medicamentos com comparticipação e/ou gratuitamente, pelo facto do receituário não ter número do SNS; a (ix) impossibilidade de atribuir médico de família a estes utentes com diagnóstico de tuberculose, também por não ter número de utente; a (x) impossibilidade de aplicar taxa moderadora ou isenção da mesma, nos cuidados domiciliários, dado que o sistema de faturação MARTA exige número de utente.

Ademais, refere a mesma ARS que tem um elemento que colabora e participa nas atividades do Gabinete de Saúde no Centro Nacional de Apoio ao Imigrante (CNAI), em Lisboa, onde é desenvolvido um trabalho de mediação com as instituições de saúde envolvidas em cada processo, onde é dada informação sobre a legislação em vigor e se pretende ultrapassar os constrangimentos que se coloquem aos imigrantes que ali se deslocam.

- A ARS Alentejo mencionou que o “[...] Serviço de Relações Internacionais recebe regular e telefonicamente pedidos de informação/orientações de diversa matéria, quer das Instituições de Saúde da Região, quer de particulares, cuja resolução tem sido acautelada caso a caso, pela mesma via.”.

Por seu lado, a ULSBA realça a dificuldade ao nível do envio das faturas aos utentes, porquanto são estas muitas vezes devolvidas por erro na indicação da morada ou qualquer outro elemento identificativo, tornando a dívida incobrável.

- A ARS Algarve destacou que “[...] para além de alguns constrangimentos que possam surgir ao nível dos cuidados de saúde primários e hospitalares e que, no primeiro caso, estarão vertidos nas reclamações [enviadas ...]”, não é conhecedora de uma qualquer situação ou caso concreto que denuncie uma clara limitação de acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde.

Ainda assim, é por si realça a dificuldade de encaminhamento dos mesmos utentes imigrantes, no pós-internamento hospitalar, quando estão

indocumentados ou não detêm um qualquer contacto de familiares. A título de exemplo, é denunciada a situação de três doentes estrangeiros que persistem internados no Centro Hospitalar do Algarve, EPE, e cujo encaminhamento para outros níveis e prestadores do SNS, se encontra bastante dificultado, apesar dos contatos já efetuados com as Embaixadas e a Segurança Social, precisamente porque não são estes detentores de n.º de utente do SNS.

d) Envio de todas as reclamações que possam ter sido formuladas e registadas em livro de reclamações ou qualquer outro suporte, das respetivas respostas/informações atinentes à temática em estudo, bem como de quaisquer outros elementos que repute como relevantes e que auxiliem na averiguação de todas as situações/procedimentos/práticas passíveis de violar o direito de acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde do SNS;

Na análise das respostas das cinco ARS relativas às reclamações existentes, entre 2009 e 2014, constatou-se que as mesmas resultaram de situações muito pontuais na medida que o número foi muito reduzido por cada região de saúde. Nesse sentido, as respostas ao pedido de informação realizado pela ERS, foram analisadas no conjunto das respostas das cinco ARS.

Do lado da oferta da prestação dos cuidados de saúde, no âmbito das possíveis barreiras ao acesso aos cuidados de saúde, evidencia-se a ausência do conhecimento e da aplicabilidade da legislação em vigor por parte do pessoal administrativo e por vezes, por parte dos profissionais de saúde. Barreiras linguísticas e culturais surgindo por vezes maus entendimentos entre o imigrante e os profissionais de saúde ou o pessoal administrativo. Estruturas organizativas com elevada burocracia condicionando assim o acolhimento e a prestação dos cuidados de saúde ao imigrante e também limita a eficácia da resposta.

Do lado da procura dos cuidados de saúde, destaca-se uma ausência ou informação incompleta por parte da população de imigrantes quanto aos seus direitos e deveres. Obstáculos linguísticos e culturais que dificulta a comunicação entre o imigrante e os administrativos ou os profissionais de saúde.

e) Enumeração de todas as estruturas – humanas ou institucionais – eventualmente implementadas, seja nessa ARS, seja em qualquer uma das instituições e serviços do SNS da área de influência, bem como indicação de todos os procedimentos (com indicação, designadamente, do suporte de comunicação utilizado e dos colaboradores responsáveis), para contacto e informação aos utentes imigrantes;

- A ARS Norte referiu que a não existência de “[...] estruturas implementadas na região que tenham como destinatários os utentes imigrantes.”.

- Quanto à ARS Centro, veio esta referir que em todos os ACES funciona “[...]o Gabinete do Cidadão que tem, também, como função prestar informações sobre o funcionamento dos serviços, agilizar a resolução de dificuldades que possam surgir à população em geral, o que inclui, como é óbvio, a comunidade imigrante.”. Além do mais relata que a especificidade do ACES Baixo Vouga no qual existe um “[...] setor de migrantes, integrado na área financeira da unidade de apoio à gestão que "presta informações a utentes e colegas nos centros de saúde de acordo com o estabelecido nos regulamentos comunitários ou acordos bilaterais".

Por outro lado, o ACES Baixo Mondego desenvolveu uma parceria com a organização Graal – projeto saudar+, para disponibilizar informação a utentes em vários idiomas e o ACES Pinhal Interior Norte é “[...] parceiro de vários projetos e integra grupos de trabalho desenvolvidos pelas Câmaras Municipais, no âmbito da integração das populações imigrantes”.

- A ARS Lisboa e Vale do Tejo⁷⁵ salientou que dos planos de atividade dos Gabinetes do Cidadão dos ACES consta a formação nesta área, como ocorre, por exemplo, no ACES Arrábida que promoveu uma ação de formação interna dirigida a profissionais com funções de *front office* nas unidades funcionais e profissionais da unidade de apoio à gestão e gabinete do cidadão. Também através do Gabinete do Cidadão da ARS foi divulgado a toda a rede o Manual de Acolhimento no Acesso ao Sistema De Saúde de Cidadãos Estrangeiros.

É competência do Gabinete do Cidadão da ARS Lisboa e Vale do Tejo apoiar e esclarecer as dúvidas colocadas pelas unidades de cuidados de saúde

⁷⁵ A ARS Lisboa e Vale do Tejo respondeu conjuntamente às alíneas e) e f) do pedido de informação realizado pela ERS.

sobre esta temática. Além disso, com vista a facilitar e normalizar o registo dos utentes migrantes/estrangeiros, o sistema de informação dos cuidados de saúde primários, foi desenvolvido fluxograma com as indicações de procedimento de registo no SINUS, disponível a todos os profissionais na intranet da ARS Lisboa e Vale do Tejo.

Conforme resulta do predito fluxograma em anexo, percebe-se que ali são estabelecidas as distintas possibilidades de tratamento de cada um dos migrantes/estrangeiros que recorrem aos cuidados primários, sendo certo que ali é concluído que, em suma, estes utentes são sempre inscritos como esporádicos quando é estrangeiro não residente e se abrangidos pela nossa segurança social devem liquidar (apenas) a taxa moderadora.

- A ARS Alentejo mencionou que dispõe um serviço de Relações Internacionais que auxilia no esclarecimento sobre todos os assuntos atinentes a esta temática.

- A ARS Algarve destacou que tem disponibilizado informação pertinente na sua página institucional, sobre a legislação e folhetos informativos em parceria com o ACM, o Diálogo Intercultural (ACIDI), o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) e o Instituto de Segurança Social (ISS).

No ano de 2009, foi realizada uma reunião com todas as Associações de Imigrantes no Algarve e a ARS, na qua foram denunciada “[...] as "queixas" relacionadas com o acesso aos serviços de saúde e onde foi possível emanar algumas orientações no sentido de minimizar as dificuldades sentidas pelos imigrantes, tendo sido também atualizada a base de dados de todas as Associações presentes.”.

Além do mais, é anunciada a elaboração do Plano Regional de Ação para a inclusão do Algarve – PRAIA 2007-2009 que é junto em anexo. Daqui resulta que é este um projeto cuja conceção e elaboração foi efetuada em parceria, com entidades regionais dedicadas à saúde e à educação e outras entidades nacionais. Um dos objetivos do referido projeto prende-se com a melhoria do acesso dos cidadãos imigrantes aos direitos e serviços, assim como a melhoria da qualidade prestada.

Conforme ali é realçado, o Algarve “[...] é uma das regiões do País com maior expressão de cidadãos estrangeiros residentes, oriundos de várias nacionalidades. As vulnerabilidades com que estes cidadãos são

confrontados, tendo por referência a terceira prioridade do Plano Nacional de Ação para a inclusão 2006-2008 e as orientações do Plano para a Integração dos Imigrantes 2007-2009, justificou, nesta fase, a focalização do Plano Regional no combate às situações de discriminação, exclusão social e pobreza nestes cidadãos.”.

Também os trabalhos sobre a Rede de Pontos Focais de acompanhamento do II Plano para a Integração dos Imigrantes iniciaram-se em 2010, no CNAI em Lisboa. Foram também criados dois grupos de trabalho denominados por "Task Force" e "RNU" com o intuito de reduzir desigualdades em saúde, englobando as colegas de serviço social afetas aos Gabinetes do Cidadão dos três ACES e do Centro Hospitalar do Algarve, EPE.

Mais recentemente, em 2014, foram executadas seis ações de formação e acompanhamento nos ACES sobre a aplicação e implementação do "Manual de Acolhimento no acesso ao sistema de saúde de Cidadãos Estrangeiros", e várias sessões de esclarecimento (como ocorreu no Consulado Britânico de Portimão) e de outras iniciativas como a implementação do Conselho Municipal para a Integração dos Imigrantes (GU Portimão) no Centro de Saúde de Portimão.

Compete Gabinetes do Cidadão prestar qualquer esclarecimento aos utentes imigrantes relativamente à acessibilidade aos cuidados de saúde.

Por último, a ARS Algarve acrescenta que o Núcleo do Cidadão e Documentação contactou as várias Associações de Imigrantes da região, com o intuito de melhor divulgar a legislação e informação pertinente e diretamente ligada ao acesso dos imigrantes ao SNS, nomeadamente sobre taxas moderadoras, requisitos para a isenção do seu pagamento, sobre o direito de acompanhamento dos utentes nos serviços de urgência do SNS e sobre os encargos suportados pelo SNS com o transporte de doentes.

f) Finalmente, indicação de todos os documentos legais e regulamentares atualmente implementados na área geográfica de atuação dessa ARS, todos atinentes ao acesso pelos imigrantes aos cuidados de saúde no SNS.

- Na resposta a esta alínea, a ARS Norte referiu que está “[...] difundido e afixado em todas as unidades de Saúde a Carta de Direitos e Deveres dos Utentes que utilizam o SNS.”.

- A ARS Centro esclareceu “[...] que é prática desta ARS divulgar junto de todos os serviços (ACES) as orientações emanadas pelas entidades com competência nesta área, nomeadamente ACSS, DGS, IGAS e da Segurança Social (relações internacionais)”. Neste aspeto, fez clara menção ao Manual de Acolhimento no acesso ao sistema de saúde de cidadãos estrangeiros, e aos esclarecimentos prestados pela IGAS acerca da utilização do CESD que, conforme decorre do ofício junto pela respondente anota que deverão ser assegurados nas mesmas circunstâncias em que são os nacionais, os cuidados de saúde necessários, a todos os cidadãos da União Europeia, titulares do predito cartão.

Salienta, adicionalmente, que “[...] as dificuldades sentidas pelos imigrantes quer no acesso, quer na prestação de cuidados de saúde primários ou na organização dos mesmos, são as mesmas dos cidadãos portugueses.”

- A ARS Alentejo enumerou distintos documentos, legislativos e normativos, atinentes à temática da prestação de cuidados de saúde aos imigrantes e que foram já considerados no presente estudo.

- Informações recolhidas junto da ACSS

Por ofício de 23 de março de 2015, foi solicitado à ACSS, ao abrigo do disposto no artigo 32.º dos Estatutos da ERS, o seguinte:

a) Identificação, por designação, de todas as instituições e serviços do SNS que, entre os anos de 2009 e 2014, deram cumprimento ao indicado no predito Despacho;

b) Envio de informação estatística sobre o número, a nacionalidade, a profissão, a residência, a idade e o sexo dos cidadãos estrangeiros, bem como o número e a natureza dos atos médicos praticados e a faturação respetiva, que tenha sido elaborada pela ACSS, entre os anos de 2009 e 2014, em cumprimento do indicado no predito Despacho;

A ACSS informou que as ARS Norte, a ARS Lisboa e Vale do Tejo e a ARS Alentejo apresentaram informação referente aos campos indicados no ponto n.º 6 do citado despacho, para o período entre 2009 e 2014, para os cuidados de saúde primários mas que, até à data da resposta, não tinha sido ainda objeto de análise nem do respetivo tratamento estatístico.

A ACSS também evidenciou que para “[...] se proceder à correta identificação dos cidadãos estrangeiros no acesso ao SNS, foi elaborado o Manual de Acolhimento no acesso ao Sistema de Saúde de cidadãos estrangeiros, implementado em Janeiro de 2014 e que identifica os diversos fluxos de acesso e respetivos códigos de Entidade Financeira Responsável.”

E, por último, acrescentou que “[...] para cumprimento do n.ºs 6 e 7 do Despacho n.º 25360/2001, a ACSS em conjunto com a Direção-Geral de Saúde, irá definir o procedimento adequado, que permite assegurar a recolha de informação a nível hospitalar e de cuidados de saúde primários, através do sistema SIARS, respetiva análise por parte das ARS a remeter em relatório estandardizado e subsequente tratamento estatístico da informação por parte da ACSS e DGS.”. Sendo mais referido que do referido procedimento será dado conhecimento à ERS aquando da sua implementação.

d) Indicação sobre se é a ACSS conhecedora de dificuldades ou de quaisquer outras situações reveladoras de uma limitação ao acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde do SNS e, no caso afirmativo, explicitação dos procedimentos que tenham sido entretanto adotados com vista à resolução daquelas.

A ACSS nada referiu neste ponto.

c) Finalmente, indicação de todos os documentos legais e regulamentares atualmente implementados, todos atinentes ao acesso pelos imigrantes aos cuidados de saúde no SNS.

A ACSS mencionou somente o Manual de Acolhimento e o seu objetivo já descrito anteriormente.

- Informações recolhidas junto do ACM

A ERS solicitou igualmente a colaboração do ACM, considerada a sua missão de colaborar na definição, execução e avaliação das políticas públicas, transversais e setoriais em matéria de migrações, relevantes para a atração dos migrantes, para a integração dos imigrantes e grupos étnicos, e para a gestão e valorização da diversidade entre culturas, etnias e religiões. Nesse seguimento, foi solicitado o seguinte:

a) Descrição de possíveis barreiras ao acesso a cuidados de saúde por parte dos imigrantes, que sejam do conhecimento do ACM;

Em 2004, foram criados os Centros Nacionais de Apoio ao Imigrante (CNAI) que no mesmo espaço, reúnem vários serviços de apoio ao imigrante no sentido de melhor ultrapassarem as “[...] diferenças culturais, de língua, de organização, de sistema legislativo, tipo e quantidade de diferentes serviços [...]”, como sejam o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, a Autoridade para as Condições de Trabalho, ainda, os Ministérios da Educação e da Saúde.

No que diz respeito à área da saúde, o ACM em parceria com o Departamento de Saúde Pública da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, tem desenvolvido “[...] um importante trabalho de resolução de questões e bloqueios no relacionamento do cidadão imigrante com os serviços de saúde, ao nível do acesso e pagamento de cuidados de saúde, bem como na resolução das situações em conformidade com a legislação em vigor.”.

Certo é que, diariamente, no atendimento aos imigrantes, têm sido “[...] percecionados e reportados alguns constrangimentos relativamente a cidadãos que se encontram em situação irregular [...]” que, em grande parte, se prendem questões informáticas, na medida em que algumas plataformas informáticas não estão ainda parametrizadas “[...] de acordo com a legislação em vigor e com o definido no Manual de acesso dos cidadãos estrangeiros ao SNS [...]”, que visa definir e harmonizar procedimentos relativamente ao acesso à saúde dos cidadãos estrangeiros.

Em concreto, o Gabinete percebeu que o sistema nem sempre permite às entidades convencionadas a indicação do Despacho n.º 25360/2001, na prescrição de credenciais para meios complementares de diagnóstico, em situações do § 7 da Circular n.º 12 de 7 de maio de 2009.

Outra das situações verificadas prende-se com “[...] a impossibilidade de solicitar o pedido de isenção do pagamento de taxas moderadoras a pessoas que se encontram em situação de exclusão social e carência económica, dado o pedido ter de ser efetuado no portal da saúde, com preenchimento obrigatório do campo referente ao número do SNS.”.

Ainda, é relatada a dificuldade de referenciação destes imigrantes para a Rede de Cuidados Continuados Integrados e a impossibilidade de prescrição

de medicação quando comparticipada, por não atribuição de um número do SNS.

b) Indicação das diligências encetadas com vista à promoção do acesso aos cuidados de saúde e utilização destes serviços pela população de imigrantes no âmbito das competências do ACM;

Além do já mencionado Gabinete, o ACM enumera, em resposta ao solicitado, algumas diligências que têm sido por si promovidas atento, mormente, o conteúdo do II Plano de Integração dos Imigrantes (PII) aprovado o triénio de 2010-2013.

Com efeito, em concretização das medidas ali enunciadas na área da saúde, foi criado um grupo de trabalho entre a ACM, a DGS e o Gabinete da Saúde da ARS Lisboa e Vale do Tejo, com o “[...] propósito de analisar questões relacionadas com o acesso dos imigrantes ao SNS e para trabalhar conteúdos informativos que visavam clarificar o acesso e o pagamento dos serviços de saúde.”. No fundo, foi julgado necessário monitorizar a aplicação da Circular 12/DSQ/DMD, tendo em vista evitar recusas no acesso à saúde de pessoas imigrantes.

Além disso, foram também realizadas várias iniciativas de divulgação dos diferentes enquadramentos jurídicos que regulam o acesso dos imigrantes ao SNS, junto de diferentes entidades como Associações Imigrantes, Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) na área de Lisboa.

Foi feita uma aposta na formação dos profissionais que atendem os imigrantes em diferentes estruturas do SNS e, para tanto, relativamente ao Plano de formação para a interculturalidade de profissionais do SNS (inicialmente, implementado na ARS Lisboa e Vale do Tejo), foi alargado às restantes ARS com o intuito de dotar os técnicos de toda a informação relevante sobre os serviços de apoio ao acolhimento e integração e também, sobre o enquadramento legal do acesso à saúde por parte dos imigrantes.

Na perspetiva de fomentar uma estratégia de mediação intercultural nos serviços públicos, entre 2010 e 2011, o ACM, a ARS Lisboa e Vale do Tejo, IP em parceria com a Associação de Intervenção Comunitária, Desenvolvimento Social e de Saúde (AJPAS), constituiu uma equipa de 14 mediadores “[...] com o objetivo facilitar o acesso, divulgar informação,

promover e facilitar a mediação intercultural junto dos profissionais e dos imigrantes nos serviços de saúde.”.

Atualmente, existem equipas municipais de Mediação Intercultural que têm desenvolvido a sua atividade também na área da saúde e, nesse âmbito, têm “[...] prestado apoio aos profissionais e instituições no esclarecimento de códigos culturais relevantes, tradução linguística, esclarecimentos sobre a legislação de imigração e do acesso dos nacionais de países terceiros a vários serviços e instituições. Têm efetuado também alguns acompanhamentos a cidadãos nacionais de países terceiros no acesso à saúde e ainda, organizado e promovido várias ações de sensibilização/formação em alguns ACES, dirigidos a vários profissionais de saúde, em articulação com o Gabinete da Saúde do CNAI.”.

Na perspetiva de garantir uma melhor gestão do processo de assistência médica a doentes evacuados dos PALOP, o ACM e o Instituto de Segurança Social, IP (ISS) promoveram conjuntamente o Programa de Apoio ao Doente Estrangeiro (PADE) que se focalizou no apoio social de doentes estrangeiros e dos seus acompanhantes “[...] que necessitassem de tratamento em Portugal, devidamente atestados por junta médica, tendo sido constituída uma rede de 6 casas de acolhimento.”.

Também na área de promoção da Saúde Mental dos imigrantes, a ACM indica ter sido promovido um seminário dedicado à "Saúde Mental e Pessoa Sem Abrigo: Onde, Como e Porquê?" que permitiu divulgar o trabalho desenvolvido “[...] pelas diversas instituições públicas e sociais que prestam cuidados de saúde mental junto das pessoas sem-abrigo, a nível nacional, e promover o debate sobre a articulação existente entre a saúde mental e o sector social.”. Ainda nesta área, foram ministradas ações de formação subordinadas ao tema "Referenciação para a Saúde Mental e acesso à saúde dos imigrantes", em parceria entre a ARS Lisboa e Vale do Tejo, I.P-DSP e o Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM).

Além destas informações, o ACM realçou a relevância (e o teor) do II PII, do Manual de Acolhimento no Acesso ao Sistema de Saúde aos cidadãos estrangeiros, da Circular Informativa n.º 006/2011, de 22 de fevereiro, emitida pela DGS e, igualmente, do Plano Estratégico para as Migrações (PEM).

c) Envio das informações estatísticas sobre o acesso e a utilização de cuidados de saúde, bem como sobre a incidência de doenças e outros problemas de saúde na população de imigrantes.

A este propósito, foi a ERS informada de que, na realidade, a ACM não dispõe de uma qualquer base estatística, ainda que receba “[...] de várias fontes estatísticas e administrativas informação sobre diversas dimensões [...]” que, depois de tratadas e compiladas têm sido disponibilizadas no seu website.



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100-455 PORTO
e-mail: geral@ers.pt • telef.: 222 092 350 • fax: 222 092 351 • www.ers.pt