



**Universidade do Minho**  
Escola de Direito

Lúcia Maria Caldas Vieira Leite

**A crise, os direitos dos doentes autoimunes  
e igualdade de género em Portugal**

outubro de 2016



**Universidade do Minho**  
Escola de Direito

Lúcia Maria Caldas Vieira Leite

**A crise, os direitos dos doentes autoimunes  
e igualdade de género em Portugal**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado em Direitos Humanos

Trabalho efetuado sob a orientação da  
**Professora Doutora Benedita Mac Crorie**

outubro de 2016

## Agradecimentos

Esta dissertação foi orientada pela Senhora Professora Doutora Benedita Mac Crorie, a quem muito agradeço toda a disponibilidade e apoio, o que no entanto não a faz responsável pelos eventuais deméritos do trabalho final.

Agradeço também aos que me ajudaram na elaboração deste trabalho, em particular à Carla Pereira e ao Pedro Sá Moreira, pela informação disponibilizada. Agradecimentos extensivos a Arsisete Saraiva, presidente da Associação Nacional dos Doentes com Artrite Reumatóide (ANDAR).



## Resumo

Escolhemos para o nosso estudo o tema "A crise, os direitos dos doentes autoimunes e a igualdade de género em Portugal". Em termos muito gerais propusemo-nos conhecer os reflexos da austeridade nos direitos sociais, com especial enfoque no direito à saúde e nos direitos dos doentes autoimunes, descritos como inevitáveis por dependerem dos recursos financeiros do Estado<sup>1</sup>.

A crise é um tema atual e em constante progresso, na medida em que interfere com diversas áreas da vida dos portugueses, desde a saúde, o emprego, a proteção social e as finanças que em função das opções políticas dominantes, comprimem os direitos sociais e forçosamente a sua efetivação.

Trazemos à colação a igualdade de género, por ser também um tema na ordem do dia, quer nas Nações Unidas, quer na União Europeia por força das práticas discriminatórias que persistentemente incidem sobre as mulheres e que as condicionam no exercício dos seus direitos. Portugal não fica alheio a estas práticas tendo assumido o compromisso de respeitar, preservar e fazer cumprir os direitos humanos no seu território, defendendo por isso os seus cidadãos e os seus direitos, nomeadamente o direito à igualdade entre todos proibindo a discriminação.

No nosso trabalho, apresentamos reflexões sobre a crise e as doenças autoimunes, por afetarem mais as mulheres que os homens e por constituírem um fator de discriminação intolerável, visto que a discriminação se baseia na capacidade de trabalho diminuída e na doença. Por este facto, devem ser asseguradas as melhores condições de saúde a todos os portugueses, de acordo com padrões internacionalmente aceites, através de afetação de recursos humanos e financeiros, garantidos pela boa governação clínica, pelo combate ao desperdício, à má gestão e à corrupção.

Os direitos sociais, alvo das maiores discussões, continuam a ser encarados por muitos como controversos, mas deles depende o Estado Social e o modelo social em que se baseia a Europa e a União Europeia e que a diferencia no mundo.

Palavras-chave: direitos sociais, saúde, igualdade de género, doenças autoimunes, capacidade de trabalho diminuída, discriminação, austeridade, boa governação clínica.

---

<sup>1</sup>Cfr. Benedita Mac Crorie, "Os Direitos Sociais em Crise?", in *Encontro de Professores Portugueses de Direito Publico* (coord. Pedro Gonçalves, Carla Amado Gomes, Helena Melo e Filipa Calvão), ICPJ/FDUL, Lisboa, 2013, pp. 45 e 46.



## Abstract

For our study we chose the subject "The crisis, the rights of autoimmune patients and gender equality in Portugal." In very general terms, our aim is to analyze the repercussion of the austerity measures on social rights, with special focus on the right to health and the rights of autoimmune patients, described as unavoidable for ensuring the state's financial resources.

The crisis is a current topic and it interferes with many areas of life of the Portuguese people, from health, employment, social protection and finance that due to the dominant political options, compress the social rights and its effectiveness.

We bring into play gender equality, for being a topic on the agenda, both in the UN and in the European Union by virtue of discriminatory practices that persistently focus on women and limit the exercise of their rights. Portugal is no longer a stranger to these practices with a commitment to respect, protect and fulfill human rights in its territories, defend its citizens and their rights, including the right to equality of all and the prohibition of discrimination.

In our work, we present reflections on the crisis and autoimmune diseases, which affect more women than men and are an intolerable discrimination factor, since the discrimination is based on decreased work capacity and disease. Following this, the best health should be ensured in accordance with internationally accepted standards, through allocation of human and financial resources, guaranteed by good clinical governance, the struggle against waste, mismanagement and corruption.

The social rights, generators of large discussions are still faced by many as controversial, but it is on them that the Welfare State and the social model are based and that make the continent unique in the world.

Keywords: social rights, health, gender equality, autoimmune diseases, reduced work capacity, discrimination, austerity, good clinical governance.





## Índice

Resumo.....	V
Abstract.....	VII
Índice.....	IX
Abreviaturas Utilizadas.....	XI
Capítulo I	
1. As doenças autoimunes.....	1
1.1. O que são?.....	1
1.2. O bem-estar e a qualidade de vida enquanto componentes da saúde.....	5
1.3. A doença autoimune e o género.....	10
1.4. Discriminações positivas como garantia dos doentes autoimunes.....	15
Capítulo II	
1. Proteção da saúde no contexto das Nações Unidas.....	27
1.1. A Organização Mundial de Saúde.....	27
1.2. Proteção da saúde nos instrumentos internacionais.....	29
2. Proteção ao nível europeu: A União Europeia e o Conselho da Europa.....	34
3. Proteção da Saúde em Portugal.....	39
3.1. A proteção constitucional.....	39
3.1.1. A dignidade do ser humano.....	39
3.1.2. A igualdade.....	45
3.1.3. A proporcionalidade.....	49
3.2. Os direitos sociais.....	52
3.2.1. Os direitos sociais e o direito à saúde na CRP.....	52
3.2.2. As políticas públicas na efetivação do direito à saúde.....	61
Capítulo III	
1. Saúde e austeridade.....	66
1.1. A saúde no contexto do Programa de Assistência Económico e Financeiro.....	66
1.2. As reações ao Programa de Assistência Económico e Financeiro.....	69
1.3. Mecanismos de proteção dos direitos sociais.....	76

Considerações Finais.....81

Bibliografia.....84

## Abreviaturas e siglas

ACNUDH - Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos

AMS - Assembleia Mundial da Saúde

APD - Associação Portuguesa de Deficientes

ARS - Administração Regional de Saúde

BCE - Banco Central Europeu

BVerfG (BundesVerfassungsgerichtsgesetz) - Lei do Tribunal Constitucional Federal Alemão

CDESC - Comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais

CDFUE - Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia

CDS-PP - Centro Democrático Social-Partido Popular

CEDH - Convenção Europeia dos Direitos Humanos

CEDM - Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres

CIRS - Código de Imposto sobre Rendimento das Pessoas Singulares

CNECV - Conselho Nacional de Ética e Ciências da Vida

CoE - Conselho da Europa

CRP - Constituição da República Portuguesa

CSE - Carta Social Europeia

CSEr - Carta Social Europeia Revista

CSW (Commission on the Status of women) - Comissão Sobre o Estatuto da Mulher

CT - Código do Trabalho

DAI - Doenças Autoimunes

DGS - Direção Geral de Saúde

DUDH - Declaração Universal de Direitos Humanos

ECOSOC - Conselho Económico e Social

FMI- Fundo Monetário Internacional

GOP - Grandes Opções do Plano

IAS - Indexante de Apoios Sociais

IEFP - Instituto de Emprego e Formação Profissional

INE - Instituto Nacional de Estatística

INR - Instituto Nacional para a Reabilitação

IRS - Imposto Sobre Rendimento Singular

MSE - Modelo Social Europeu

NEDAI - Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes

NU - Nações Unidas

OMS - Organização Mundial de Saúde

OMS-EURO - Organização Mundial de Saúde -Europa

OIT - Organização Internacional do Trabalho

ONU - Organização das Nações Unidas

OPSS - Observatório Português dos Serviços de Saúde

PAEF - Programa de Assistência Económico Financeiro

PIB - Produto Interno Bruto

PIDCP - Pacto Internacional para os Direitos Civis e Políticos

PIDESC - Pacto Internacional para os Direitos Económicos, Sociais e Culturais

PNI - Plano Nacional de Igualdade

PNS - Plano Nacional de Saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPMI - Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

SPR - Sociedade Portuguesa de Reumatologia

TNF - Tabela Nacional de Funcionalidades

TJUE - Tribunal de Justiça da União Europeia

TSFUE - Tratado Sobre o Funcionamento da União Europeia

TUE - Tratado da União Europeia

UE - União Europeia

VIH/SIDA - Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

## Capítulo I

### 1. As doenças autoimunes

#### 1.1. O que são?

Segundo o Núcleo de Estudos das Doenças Autoimunes (NEDAI) as "doenças autoimunes são doenças crônicas que podem causar lesões graves de órgão e ameaçar a vida" envolvendo qualquer órgão ou sistema do nosso organismo<sup>2</sup>. Estas doenças ao serem desencadeadas por bactérias, vírus, toxinas, hormonas, stress e alguns fármacos, podem potenciar uma resposta autoimune naqueles que tenham uma predisposição genética<sup>3</sup> para desenvolver uma doença autoimune<sup>4</sup>.

O NEDAI identifica no seu *site* um conjunto de 118 doenças<sup>5</sup> relacionadas entre si que atingem simultaneamente ou sequencialmente os órgãos ou sistemas, como o sistema nervoso,

---

<sup>2</sup>[www.nedai.org](http://www.nedai.org) (20/12/2015).

<sup>3</sup>A título informativo refere-se que é possível a realização de testes genéticos nos casos em que se verificam sintomas de uma doença e se pretende encontrar um diagnóstico ou a causa genética, se existe uma doença genética na família e se se pretende saber se há risco de desenvolver a doença ao longo da vida, se pertence a um grupo ou população na qual há risco aumentado para um dada doença genética, se durante várias gestações nenhuma chegou a termo, pode ser realizado no âmbito de cuidados médicos um teste genético que pode fornecer informação importante para a saúde da pessoa. Desta forma a história da doença será considerada assim como os antecedentes pessoais e familiares e os sintomas atuais. No caso de se suspeitar de uma doença genética será proposto um teste genético para estabelecer um diagnóstico definitivo, cfr. Conselho da Europa, *Testes Genéticos para Efeitos de Saúde, s/d*, p.3.

<sup>4</sup>[www.nedai.org](http://www.nedai.org) (13/09/2016).

<sup>5</sup>Alopecia Areata, Anemia Aplástica, Anemia Hemolítica Autoimune, Anemia Hemolítica Imune Induzida por Fármacos, Anêfite Leucocitoclástica Cutânea, Arterite de Células Gigantes, Arterite de Takayasu, Artrite Enteropática, Artrite Idiopática Juvenil, Artrite Psoriática, Artrite Reactiva, Artrite Reumatóide, Ataxia Cerebelosa associada a Anticorpos Anti- Descarboxilase do Ácido Glutâmico, Bronquiolite Obliterante Idiopática, Cardiomiopatia Dilatada, Cirrose Biliar Primária, Colangite Esclerosante Primária, Colite Ulcerativa, Deficiência Adquirida do Factor X, Degeneração Cerebelosa Paraneoplásica, Dermatite Herpetiforme, Dermatomiosite, Diabetes Tipo I, Doença Celíaca, Doença da Coagulação por Auto anticorposanti-Protrombina, Doença da Coagulação por Auto anticorposanti-Factor IX, Doença da Coagulação por Auto anticorposanti-Factor V, Doença da Coagulação por Auto anticorposanti-Factor VII, Doença da Coagulação por Auto anticorposanti-Factor VIII, Doença da Coagulação por Auto anticorposanti-Factor XI, Doença da Coagulação por Auto anticorposanti-Factor XII, Doença da Coagulação por Auto anticorposanti-Factor XIII, Doença da Coagulação por Auto anticorposanti-Fibrinogénio, Doença de Addison Autoimune, Doença de Behçet, Doença de Crohn, Doença de Goodpasture, Doença de Graves, Doença de Kawasaki, Doença de Lyme, Doença do Ouvido Interno Imuno mediada, Doença Linear a IgA, Doença Mista do Tecido Conjuntivo, Doença Ovárica Autoimune, Doenças Indiferenciadas do Tecido Conjuntivo, Encefalite de Rasmussen, Encefalite Límbica, Encefalite Límbica Imuno-respondedora associada a Anticorpos anti-Canais de Potássio, Encefalomielite Paraneoplásica, Epidermólise Bolhosa Adquirida, Esclerodermia, Esclerose Múltipla, Esclerose Sistémica, Espondilite Anquilosante, Febre Reumática, Fibrose Pulmonar Idiopática, Gastrite Autoimune, Glomerulonefrite Associada a ANCA, Granulomatose de Wegener, Hepatite Autoimune Tipo 1, Hepatite Autoimune Tipo 2, Hipofisite Autoimune, Líquen Plano Penfigóide, Lupus Eritematoso Sistémico, Miastenia Gravis, Miocardite, Neuromiotonia Adquirida, Neuropatia Axonal Motora Aguda, Neuropatia Axonal Sensitivo-Motora Aguda, Neuropatia com Bloqueio da Condução Motora Aguda, Neuropatia Sensitivo-Motora Adquirida Multifocal, Neuropatia Sensitivo-Motora Desmielinizante Adquirida Multifocal, Neuropatia Motora Multifocal com Bloqueio da Condução, Neuropatia Panautonómica Aguda, Neuropatia Periférica Desmielinizante Paraproteínica, Neuropatia Sensitiva Paraneoplásica, Neuropatia Sensitiva Pura Aguda, Neutropénia Autoimune da Infância, Neutropénia Autoimune Primária Adulto e Adolescente, Neutropénias Autoimune Secundária, Orquite Autoimune, Pancreatite Autoimune, Pênfigo a IgA, Pênfigo Cicatricial, Pênfigo Foliáceo, Pênfigo Gestacional, Pênfigo Induzido por Fármacos, Pênfigo Paraneoplásico, Pênfigo Vulgar, Pênfigóide Bolhoso, Poliangeíte Microscópica, Poliarterite Nodosa, Polimiosite, Poliradiculoneuropatia Desmielinizante

os aparelhos digestivo e respiratório, pele, sangue, olhos, articulações e glândulas endócrinas, entre outros<sup>6</sup>.

Todas as doenças autoimunes apresentam o mesmo problema, o sistema imunitário fica desorientado e ataca o próprio corpo e os órgãos que deveria proteger. Segundo informações prestadas pelo NEDAI na sua página eletrónica, as doenças autoimunes (DAI) no seu conjunto afetam mais as mulheres do que os homens alertando ainda que a desproporção para os casos como o lúpus é mais elevada, ou seja afirmam que as mulheres são nove vezes mais afetadas<sup>7</sup>.

Esta tendência é confirmada pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) que comprova que as doenças reumáticas (nas quais se incluem parte das doenças autoimunes do foro reumatológico) são as doenças crónicas que mais limitam o estado de saúde dos portugueses, segundo o inquérito representativo da população portuguesa denominado EpiReumaPt (2011- 2013)<sup>8</sup>. Em Portugal cerca de metade da população sofre, pelo menos, de uma doença reumática e são também as mulheres as mais afetadas<sup>9</sup>.

Os sintomas são diversos entre as doenças e até dentro da mesma doença, podendo apresentar por isso sintomas enganadores que dificultam o diagnóstico<sup>10</sup>, pelo que a falta de atenção e de investigação<sup>11</sup> em nada contribuem para melhorar este cenário. Assim, como forma de ultrapassar este entrave, a colaboração entre os doentes, a sociedade, os investigadores e os clínicos para que se trate a doença, em vez de se tratar os sintomas ou complicações, é imprescindível<sup>12</sup>.

Também os diagnósticos, apesar de difíceis, devem ser feitos precocemente, com o propósito de evitar a progressão da doença, garantindo ao doente melhor qualidade e mais tempo de vida<sup>13</sup>.

---

Inflamatória Crónica, Poliradiculopatia Desmielinizante, Inflamatória Aguda, Psoríase, Púrpura de Henoch-Schönlein, Púrpura Trombocitopénica Autoimune, Síndrome de Churg-Strauss, Síndrome de Guillain-Barré, Síndrome de Miller Fisher, Síndrome de Morvan associado a Anticorpos anti-Canais de Potássio, Síndrome de Sjögren, Síndrome de Stiff-Person associada a Anticorpos antiDescarboxilase do Ácido Glutâmico, Síndrome de Von Willebrand Adquirida, Síndrome de Cogan, Síndrome do Anticorpo Antifosfolípido ou Síndrome de Hughes, Síndrome Miasténico de Lambert-Eaton, Síndrome Opsoclónico-mioclónico, Síndrome Paraneoplásico de Stiff-Person, Síndrome Poliglandular Autoimune, Síndrome SAPHO, Tiroidite Autoimune, Urticária Crónica, Uveíte Autoimune, Vasculite Crioglobulinémica Essencial, Vasculite de Pequenos Vasos Pauci-imune, Vitiligo, <http://www.nedai.org/> (26/05/2016).

<sup>6</sup>[www.nedai.org](http://www.nedai.org/) (26/05/2016).

<sup>7</sup>[www.nedai.org](http://www.nedai.org/) (26/05/2016).

<sup>8</sup>cfr. Jaime Branco *et. al.*, *Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt – a national health survey*, s/d, p.5.

<sup>9</sup>DGS, *A saúde dos portugueses. Perspetiva 2015*, julho 2015, p. 32.

<sup>10</sup>[www.nedai.org](http://www.nedai.org/) (26/05/2016).

<sup>11</sup>[www.nedai.org](http://www.nedai.org/) (20/12/2015).

<sup>12</sup>[www.nedai.org](http://www.nedai.org/) (20/12/2015).

<sup>13</sup>[www.nedai.org](http://www.nedai.org/) (20/12/2015).

Para Maria João Saavedra o controlo da doença deve ser feito de forma "apertada", pelo que o tratamento deverá consistir na remissão da doença de forma a evitar a sua progressão<sup>14</sup>.

Ao limitarem o dia a dia dos pacientes impedindo-os de ter uma vida considerada normal causam um impacto muito significativo na vida destas pessoas, devido à sua cronicidade e aos danos irreversíveis que provocam. Os custos para o Serviço Nacional de Saúde e para a sociedade são extremamente elevados, devido à necessidade frequente de hospitalizações, aos cuidados de saúde especializados e aos elevados índices de redução de produtividade (sem contar com a dor crónica, a incapacidade e o impacto psicológico da doença, impossíveis de medir). Daí que, como referimos, o momento em que os doentes começam a ser tratados é de extrema importância, pelo que o diagnóstico precoce associado a uma intervenção clínica atempada permite controlar de forma mais eficaz a progressão da doença e, assim, contribuir para uma melhoria da qualidade de vida<sup>15</sup>.

O crescimento rápido do conhecimento médico, associado à obrigatoriedade da experiência na abordagem de certo tipo de patologias, como condição para garantir a qualidade, tem levado à necessidade de os internistas aliarem à sua formação generalista uma certa diferenciação. Neste contexto, a partir dos anos 90, no seio da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), surgiram múltiplos núcleos de estudo que reuniram, à volta de um tema, patologia ou grupo de patologias, os internistas mais dedicados ao seu estudo e tratamento. O NEDAI foi o primeiro a surgir, em 1992, contando atualmente com 24 anos de existência<sup>16</sup>.

O atual secretariado do NEDAI estabeleceu como uma das prioridades do seu programa de ação, o conhecimento da dimensão do envolvimento dos internistas portugueses no tratamento dos doentes com patologias autoimunes<sup>17</sup>.

Por sua vez a Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR)<sup>18</sup>, complementarmente ou paralelamente, à Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, dedica-se ao estudo das doenças

---

<sup>14</sup>Cfr. Maria João Saavedra, "Os Novos Desafios na Artrite Reumatóide-Os 4 P'S", in *ANDAR-Boletim Associação Nacional dos Doentes com Artrite Reumatóide*, nº 30, ano XVI, abril 2016, p. 9.

<sup>15</sup>Cláudia Vale da Silva, "Doenças autoimunes: a importância de realizar um diagnóstico precoce e o contributo das novas terapêuticas", in *Revista Prevenir/Saúde e Medicina*, s/d, <http://lifestyle.sapo.pt/saude/saude-e-medicina/artigos/doencas-autoimunes> (12/01/2016).

<sup>16</sup>[http://www.spmi.pt/nucleos\\_estudo.php](http://www.spmi.pt/nucleos_estudo.php) (26/05/2016).

<sup>17</sup>[www.nedai.org](http://www.nedai.org) (26/05/2016).

<sup>18</sup><http://www.spreumatologia.pt/> (27/05/2016).

autoimunes reumatológicas<sup>19</sup>. Para o efeito conta com o contributo do Observatório Português de Reumatologia<sup>20</sup> e com um conjunto de associações representativas dos doentes autoimunes.

Registamos a inexistência de qualquer conexão/cooperação ou referência expressa nos *sites* respetivos, entre a Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) e a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), bem como outras sociedades representativas de outras especialidades médicas, o que na nossa perspetiva representa um obstáculo na partilha de conhecimentos, no estudo conjunto de casos e na criação de equipas multidisciplinares dirigidas às DAI, bem como prejuízo para o doente e para a boa gestão de recursos públicos, visto que os pacientes são arbitrariamente atribuídos às especialidades em função de critérios que não são perceptíveis, impossibilitando ainda concluir quem e quantos são os doentes autoimunes e quais as suas necessidades.

Após consulta do *site* da Ordem dos Médicos Portugueses<sup>21</sup>, não encontramos qualquer especialidade médica dirigida a estes pacientes com a designação "autoimune", pelo que, a especialidade de doenças autoimunes não existe enquanto tal, apesar de o NEDAI apresentar no seu *site* um mapa indicativo dos hospitais com consulta autoimune<sup>22</sup>.

Devemos concluir que as DAI são um conjunto de doenças que deverão ser seguidas pelas diferentes especialidades médicas, exigindo a cooperação dos diferentes profissionais, através da criação da consulta multidisciplinar. Isto porque, como foi referido pelo NEDAI, atingem diferentes órgãos ou sistemas (o sistema nervoso, os aparelhos digestivo e respiratório, pele, sangue, olhos, articulações e glândulas endócrinas, entre outros<sup>23</sup>), bem como de profissionais das áreas da fisioterapia, psicologia e serviço-social.

Desta forma, a segurança do paciente em termos médicos sai reforçada e os profissionais da saúde prestam o seu contributo na boa gestão clínica, uma vez que será mais fácil identificar/registar os pacientes e por via disso realizar estudos que permitam responder eficazmente às suas necessidades, bem como elaborar planos e orçamentos ajustados.

---

<sup>19</sup><http://www.spreatologia.pt/> (26/05/2016).

<sup>20</sup>Constituído pela Sociedade Portuguesa de Reumatologia e pelo Serviço de Higiene e Epidemiologia, da Faculdade de Medicina do Porto visa desenvolver um conjunto de atividades que tem o propósito de conhecer o impacto das doenças reumáticas, numa perspetiva quantitativa (que favorecerá também aspetos como a economia da saúde, investigação em serviços de saúde ou fármaco-epidemiologia) e qualitativa (inquirindo necessidades dos doentes e dos profissionais, satisfação e qualidade de vida relacionada com a saúde), s/d, <http://www.spreatologia.pt/observatorio-de-doen%C3%A7as-reumaticas> (26/05/2016).

<sup>21</sup><https://www.ordemdosmedicos.pt/> (24/05/2016).

<sup>22</sup>Para esclarecermos devidamente esta questão contactamos por e-mail a Ordem dos Médicos e a SPR, no sentido de nos informarem sobre os hospitais dotados de consulta multidisciplinar direcionada para as doenças autoimunes, mas não obtivemos resposta.

<sup>23</sup>[www.nedai.org](http://www.nedai.org) 26/05/2016).



## 1.2.O bem-estar e qualidade de vida como componentes da saúde

Dissemos que a doença, nomeadamente as doenças autoimunes limitam o dia a dia de cada indivíduo impedindo-o de ter uma vida considerada normal. Coloca-se, conseqüentemente a questão de saber como interpretar o conceito de vida normal, com saúde, à luz de instrumentos internacionais e do ordenamento jurídico interno, tendo em conta que a percepção que cada um tem de si depende do seu estado de saúde físico e mental, das relações que estabelece com a sua família, com o meio social e profissional em que se insere e da conjuntura económica e política em que vive.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) foi criada como um organismo especializado das Nações Unidas (nos termos do art. 57º da Carta das Nações Unidas), instituída com base na felicidade dos povos e nas relações harmoniosas para a sua segurança. No ato constitutivo, a saúde foi definida como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade"<sup>24</sup>.

Para a OMS, gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir, constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição económica ou social<sup>25</sup>.

Pedro Pita Barros entende a definição de saúde da OMS como bastante abrangente, englobando fatores sócio-económicos, para além da saúde física e mental. Segundo ele, o conceito de saúde expressa a oportunidade de um indivíduo "(...) ter uma vida social e economicamente produtiva", daí que faça sentido a referência às componentes bem-estar físico e mental e bem-estar social<sup>26</sup>.

Por sua vez Catarina Sampaio Ventura sublinha que a noção de saúde da OMS destaca o carácter indivisível e interdependente dos direitos humanos civis, culturais, económicos, políticos e sociais no domínio da saúde, pelo que a definição reveste uma importância concetual e prática evidente. Na sua opinião uma noção de saúde tão abrangente é de difícil execução por se basear na "(...) proteção jurídica concedida pelo reconhecimento do direito à saúde em normas internacionais sobre direitos humanos". Ao referido acresce o facto de estarmos perante direitos sociais dotados de uma "fundamentalidade" essencial em cujo epicentro reside o direito a um adequado nível de vida com consagração jurídica autónoma, pelo que as

---

<sup>24</sup>Cfr. Constituição da OMS, 1946.

<sup>25</sup>Cfr. Constituição da OMS, 1946.

<sup>26</sup>Cfr. Pedro Pita Barros, *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*, 2ª edição revista, Coimbra, Almedina, 2009, p. 51, interp. nosso.

condicionantes sociais de saúde, ao nível do direito internacional dos direitos humanos, podem sustentar-se em normas diferentes e não apenas as que consagram o direito à saúde<sup>27</sup>.

Na busca de uma resposta global para a promoção da saúde, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata (Declaração de Alma-Ata), na República do Cazaquistão, em 1978, dirigiu-se a todos os governos, com o propósito de defender uma solução urgente para a melhoria da saúde como uma das prioridades da nova ordem económica internacional.

Os primeiros itens da Declaração reafirmam a definição de saúde defendida pela OMS, encarando-a como direito fundamental e como a principal meta social de todos os governos, pelo que a desigualdade social nas políticas de saúde, nos países desenvolvidos e nos países em desenvolvimento, bem como a importância da cooperação entre os países na busca de um objetivo comum, são fatores que merecem destaque.

Este objetivo comum traduz-se na qualidade de vida e na paz mundial e tem na sua base a saúde, pelo que todos os governos são responsabilizados na promoção da saúde, garantido cuidados primários (segundo Margaret Chan, Diretora-Geral da OMS, são a forma mais eficiente de organização do sistema de saúde) a todos os indivíduos como fator que contribui para a melhoria social e para a universalização da saúde<sup>28</sup>.

O conceito de qualidade de vida é amplo e compreende, não só, a saúde física como o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais em casa, na escola e no trabalho e até a relação com o meio ambiente. Para a OMS, a qualidade de vida está diretamente associada à autoestima e ao bem-estar pessoal e compreende vários aspetos, nomeadamente, a capacidade funcional, o nível socio-económico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o auto-cuidado, o suporte familiar, o estado de saúde, os valores culturais, éticos e religiosos, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive<sup>29</sup>.

A Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde, da OMS, em 2011, no Rio de Janeiro, teve o propósito de alertar os governos para a necessidade de promover a equidade social em saúde através de ações sobre as determinantes sociais da saúde e do bem-estar implementada por meio de uma ampla abordagem intersectorial.

Esta Declaração reafirma o valor essencial da equidade em saúde e reconhece que “o gozo do mais alto nível de saúde que se possa atingir constitui um dos direitos fundamentais de

---

<sup>27</sup>Cfr. Catarina Sampaio Ventura, "O direito à saúde internacionalmente conformado: uma perspectiva de direitos humanos", *Lex Medicinæ*, nº4, ano 2, 2005, pp. 52 e 53.

<sup>28</sup>[https://pt.wikipedia.org/wiki/Declara%C3%A7%C3%A3o\\_de\\_Alma-Ata](https://pt.wikipedia.org/wiki/Declara%C3%A7%C3%A3o_de_Alma-Ata) (14/05/2016).

<sup>29</sup><http://www.saudebemestar.pt/pt/blog-saude/qualidade-de-vida> (14/05/2016).

todo ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político e condição económica ou social". Reconhece-se que os governos têm uma responsabilidade pela saúde dos seus povos, que somente pode ser cumprida por meio da promoção de medidas sociais e sanitárias adequadas e que os esforços nacionais precisam de ser apoiados por um ambiente internacional favorável.

O Ponto 6 da Declaração relata que as iniquidades em saúde são motivadas pelas condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, por isso têm a denominação de determinantes sociais da saúde.

As determinantes compreendem as experiências do indivíduo nos seus primeiros anos de vida, educação, situação económica, emprego e trabalho decente, habitação e meio ambiente, além de sistemas eficientes para a prevenção e o tratamento de doenças. As intervenções sobre essas determinantes, para os mais vulneráveis e a população como um todo, são essenciais para que as sociedades sejam inclusivas, equitativas, economicamente produtivas e saudáveis.

Considerar a saúde e o bem-estar como um dos aspetos principais do que constitui uma sociedade bem-sucedida, inclusiva e justa no século XXI é coerente com o compromisso assumido com os direitos humanos no plano nacional e internacional.

Devem ser feitos esforços para acelerar o progresso na distribuição desigual de recursos na área da saúde, bem como das condições que prejudicam a saúde em todos os níveis. Expressou-se, nesta Conferência, a vontade política de fazer da equidade em saúde uma meta nacional, regional e global, além da necessidade de fazer face a desafios como erradicar a fome e a pobreza; assegurar a segurança alimentar e nutricional; promover o acesso a água potável, saneamento, emprego, trabalho decente e esquemas de segurança social; proteger o meio ambiente; e gerar crescimento económico equitativo através de ações firmes sobre os determinantes sociais da saúde em todos os setores e em todos os níveis.

Também a igualdade entre homens e mulheres tem repercussões nestas componentes. Em 1995, a "Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres"<sup>30</sup>, organizada pelas Nações Unidas, em Pequim, resultou num acordo intitulado "Declaração e Plataforma de Ação de Pequim", que identificou diversos pontos prioritários de trabalho e ações detalhadas para alcançar os objetivos estratégicos para o avanço da igualdade e do empoderamento das mulheres no mundo.

---

<sup>30</sup>Visto já terem decorrido anteriormente as conferências do México em 1975, a de Copenhaga em 1980 e a de Nairobi em 1985.

Destacamos das áreas de preocupação prioritária a crescente proporção de mulheres em situação de pobreza que, a partir desta data, passou a ser designada como “feminização da pobreza” e a desigualdade no acesso aos serviços de saúde que interfere com o seu bem-estar e qualidade de vida.

Dos compromissos assumidos destacamos os pontos 14 e 15 por demonstrarem a importância do bem-estar das mulheres. Se por um lado, o ponto 14 afirma que os direitos da mulher são direitos humanos, o ponto 15 reporta-se à igualdade de direitos e de partilha de responsabilidades da seguinte forma: "igualdade de direitos, de oportunidades e de acesso aos recursos, a divisão equitativa das responsabilidades familiares e a parceria harmoniosa entre mulheres e homens são fundamentais ao seu bem-estar e ao de suas famílias, bem como para a consolidação da democracia".

Por outras palavras, a solidez da democracia, o bem-estar das famílias e das mulheres dependem da partilha e do equilíbrio nas responsabilidades familiares, da igualdade de direitos e de oportunidades entre homens e mulheres.

Estas preocupações foram reafirmadas no 20º aniversário da Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres e a adoção da Declaração e Plataforma de Ação de Pequim, que foi o tema central da 59ª Sessão da Comissão sobre a Situação das Mulheres (CSW59-Commission on the Status of Women<sup>31</sup>), em 2015, em Nova Iorque, que constituiu um momento histórico importante<sup>32</sup>.

Enquanto os desafios da pobreza (desemprego, baixas qualificações, empregos mal remunerados) e da falta de saúde (inexistência ou falta de infraestruturas, de profissionais de saúde, entre outros) não forem corrigidos, os desequilíbrios sociais não serão erradicados e um grupo determinado da sociedade, as mulheres, não gozarão do mesmo nível de bem-estar e qualidade de vida comparativamente com os homens.

Neste sentido, os considerandos da Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (CEDM)<sup>33</sup> afirmam que as mulheres, continuam a ser alvo de importantes discriminações que vêm dificultar a sua participação nas mesmas condições que os homens, aos diferentes níveis e desta forma são criados obstáculos ao crescimento do bem-estar da sociedade e da família impedindo-as de servirem o seu país e a Humanidade em toda a medida das suas possibilidades.

---

<sup>31</sup>A CSW é um órgão da ONU-Mulheres que desempenha um papel crucial na preparação e na garantia do êxito das sessões anuais da Comissão, <http://www.unwomen.org/en/csw/csw59-2015> (14/10/2016).

<sup>32</sup><http://www.onumulheres.org.br/pequim20/> (26/05/2016).

<sup>33</sup>Corresponde à sigla CEDAW (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women).

No plano interno, para a promoção do bem-estar e da qualidade de vida o ordenamento jurídico português prevê no art. 9º da CRP, sob a epígrafe "Tarefas Fundamentais do Estado" na sua al. d), os princípios do Estado Social e do Estado de Direito Ambiental.

Nos termos desta disposição o Estado Social irá concretizar-se através da realização da democracia económica, social e cultural cujas tarefas específicas consistem, nomeadamente, em aumentar o bem-estar e a qualidade de vida do povo.

Por sua vez, o Estado de Direito Ambiental visa a prossecução de políticas ecologicamente auto-sustentadas e que garantam os direitos ambientais. Ao se colocar os direitos ambientais ao lado dos direitos económicos, sociais e culturais, pretendeu-se articular o Estado Ambiental com o Estado Social, bem como reconhecer e garantir os direitos ambientais<sup>34</sup>. Visa-se no contexto de uma sociedade de risco, a defesa e o controlo do risco<sup>35</sup>.

Esta tarefa do Estado, no que respeita aos direitos ambientais, materializa-se no direito ao ambiente e qualidade de vida, traduzindo-se numa série de direitos ambientais com variadas dimensões, a saber: direito a um sistema de recolha de lixo, de eliminação de resíduos, avaliação de impactos ambientais, fornecimento de água potável, saneamento, entre outros<sup>36</sup>.

O Estado existe para satisfazer necessidades fundamentais da sociedade como a segurança, a justiça e o bem-estar<sup>37</sup>, pelo que se deduz que o Estado tem atribuições e por causa delas está submetido à Constituição e comprometido na sua realização, ou seja, os objetivos previstos na CRP, concretizados através dos direitos económicos, sociais, culturais e ambientais visam a proteção e garantia do bem-estar e qualidade de vida de cada indivíduo.

Por sua vez o art. 81º, al. a), da CRP, prevê que no âmbito das incumbências do Estado lhe compete "promover o aumento do bem-estar social e económico e da qualidade de vida das pessoas, em especial das mais desfavorecidas, no quadro de uma estratégia de desenvolvimento sustentável".

Também o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, da responsabilidade da Direção Geral de Saúde<sup>38</sup> vem clarificar que a "Saúde é fundamental para o bem-estar, identidade e desenvolvimento social". Reconhece-se que a saúde contribui para o desenvolvimento

---

<sup>34</sup>Cfr. J.J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, *Constituição da República Portuguesa Anotada*, vol.I, 4ª edição revista reimpressão, Coimbra, Coimbra Editora, 2014, pp. 275 e ss.

<sup>35</sup>Cfr. Ulrich Beck, *Das Deutsche Europa. Neue Machtlandschaft in Zeitem der Krise, 2012*, tradução portuguesa de Marian Toldy e Teresa Toldy, *A Europa Alemã, Maquiavel a "Merkievel": Estratégias de Poder na Crise do Euro*, Lisboa, Almedina, 2014, pp. 22 a 24.

<sup>36</sup>Cfr. J.J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, *Constituição da República ...*, pp. 275 e ss.

<sup>37</sup>Cfr. Marcelo Caetano, *Manual de Ciência Política e Direito Constitucional-Tomo I*, 6ª Edição Revista e Ampliada por Miguel Galvão Teles, Tomo I, Coimbra, Almedina, 2006, pp. 143 a 147.

<sup>38</sup><https://www.dgs.pt/diretor-geral-direcao-e-servicos/direcao-de-servicos-de-prevencao-da-doenca-e-promocao-da-saude/atribuicoes-e-competencias.aspx> (12/08/2016).

económico e social e depende de outros sectores como educação, economia, segurança social, ambiente, ordenamento do território, investigação e inovação, etc., pelo que os ganhos são resultados mais ou menos diretos destes sectores e também influenciam os seus objetivos<sup>39</sup>.

### 1.3.A doença autoimune e o género

O estudo EpiReumaPt<sup>40</sup>, desenvolvido na área da reumatologia, relativo ao estado de saúde dos portugueses, evidencia que são as mulheres as que mais padecem com as doenças crónicas e alerta os decisores políticos e a sociedade para a problemática e para a necessidade de afetar mais recursos financeiros no combate/prevenção destas doenças. Deste estudo, destacamos um grupo de quatro doenças autoimunes (Lúpus, Artrite-reumatóide, Espondiloartrite e Fibromialgia) que afetam mais as mulheres do que os homens e que em muito contribuem para reforçar a vulnerabilidade das mulheres.

O Plano nacional de Saúde<sup>41</sup> 2012-2016 e de acordo com o Despacho n.º 404/2012, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 3 de janeiro, era constituído pelos seguintes programas nacionais: Programa Nacional para a Diabetes<sup>42</sup>, Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA, Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Programa Nacional para a Saúde Mental, Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos.

Ao fazermos menção aos programas constitutivos do PNS quisemos demonstrar que a generalidade das doenças crónicas têm sido excluídas das políticas e preocupações do Governo, com exceção da Diabetes, pelo que as DAI e os doentes têm sido sistematicamente ignorados nos planos nacionais.

---

<sup>39</sup>PNS 2012-2016, [www.pns.dgs.pt/pns-versao-resumo](http://www.pns.dgs.pt/pns-versao-resumo) (12/06/2016).

<sup>40</sup>Com este estudo a Reumatologia assumia a necessidade de se controlar e registar dados que permitissem afirmar que os doentes que efetuavam terapêuticas biotecnológicas eram aqueles que delas careciam, apresentando dados de melhoria e segurança na sua realização.

<sup>41</sup>O PNS visa obter ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentados de todos os sectores da sociedade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania, <http://pns.dgs.pt/> (24/09/2016).

<sup>42</sup>A diabetes tipo 1 é uma doença autoimune pelo que é a única que consta do PNS. Este Programa Nacional visa a prevenção primária da diabetes, através da redução dos fatores de risco conhecidos, incidindo, nos fatores de risco vulneráveis da etiologia da doença, na prevenção secundária, através do diagnóstico precoce e do seu tratamento adequado de acordo com o princípio da equidade, na prevenção terciária, através da reabilitação e reinserção social dos doentes e na qualidade da prestação dos cuidados à pessoa com diabetes. As estratégias só terão êxito se forem desenvolvidas numa sólida infraestrutura de saúde pública que contemple capacidade organizativa, profissionais de saúde com formação necessária para responder às exigências da qualidade dos cuidados a prestar, tecnologias de informação que facilitem o acesso atempado à base de dados e à informação indispensável à gestão do Programa, <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes.aspx> (13/09/2016).

O Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas<sup>43</sup>, dedicado às doenças reumáticas, onde se integram algumas das doenças autoimunes, fez parte integrante do PNS 2004-2010. À data, havia o propósito de inverter a tendência de crescimento das doenças reumáticas e constituiu o contributo do Ministério da Saúde, para o movimento internacional da “Década do Osso e da Articulação 2000-2010”, criado por iniciativa da Organização das Nações Unidas (ONU) com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Decorrido o movimento internacional e executado o PNS 2004-2010, também a doença reumática foi excluída do Plano Nacional da Saúde, tendo tido por isso uma existência efémera.

O PNS 2012-2016 ficou ainda marcado por constrangimentos que se traduziram na falta de informação sobre os mecanismos de monitorização e avaliação<sup>44</sup>, dificuldades na atualização dos sistemas de informação e na implementação das estratégias locais de saúde<sup>45</sup>.

Acresce que também se desconhece a forma como foram definidas as prioridades em saúde e os critérios de distribuição de financiamentos, isto porque a definição de prioridades deve traduzir-se num investimento coerente e reforçado em medidas preventivas, aproveitando sinergias entre determinantes de saúde. Um maior investimento em determinantes de saúde significaria um reconhecimento da necessidade de intervenção transversal em saúde, maior eficiência e sustentabilidade, pelo que importa implementar ações de saúde pública sobre problemas que sejam evitáveis/preveníveis e que se possam controlar ou resolver<sup>46</sup>.

Ao PNS resta-lhe o mérito de alertar para os problemas de saúde de alguns portugueses, demonstrando a falta de intervenção transversal em saúde e a arbitrariedade nas políticas do setor.

Mas se o que acabamos de expor apresenta desigualdades em saúde e discriminação das pessoas por patologias, certo será afirmar que ser mulher e ainda ser mulher portadora de uma doença autoimune, agravará este cenário e configurará uma situação de discriminação indireta, por serem elas as mais afetadas pela doença autoimune<sup>47</sup>.

---

<sup>43</sup><http://pns.dgs.pt/pns-2004-2010/> (8/06/2016).

<sup>44</sup>Consistem em estudos solicitados a peritos nacionais, setoriais e/ou transversais, que serão alvo de discussões em sede especializada e/ou pública que posteriormente servirão de base para a emissão de pareceres e estratégias solicitadas às instituições envolvidas no PNS, <http://pns.dgs.pt/aema> (14/10/2016).

<sup>45</sup>Cfr. Maria Cortes, "Breve Olhar Sobre o Estado da Saúde em Portugal", in *Sociologia: Problemas e Práticas*, nº 80, 2016, <http://www.scielo.mec.pt/pdf/spp/n80/n80a06.pdf> (15/08/2016); No que respeita às estratégias locais de saúde como se refere no PNS, tem uma importância ímpar no planeamento de atividades, porque são as comunidades que de facto podem permitir melhores ou piores sucessos no bem comum da saúde, <https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-de-saude-e-estrategias-locais-de-saude1.aspx> (14/10/2016).

<sup>46</sup>Cfr. Maria Cortes, "Breve Olhar Sobre o Estado da Saúde em Portugal", in *Sociologia: Problemas e Práticas*, nº 80, 2016, <http://www.scielo.mec.pt/pdf/spp/n80/n80a06.pdf> (15/08/2016).

<sup>47</sup>Discriminação indireta consiste no critério ou prática aparentemente neutra que seja suscetível de colocar uma pessoa, por motivo de um fator de discriminação, numa posição de desvantagem comparativamente com outras, a não ser que essa disposição, critério ou prática seja objetivamente justificado por um fim legítimo e que os meios para o alcançar sejam adequados e necessários, <http://www.cite.gov.pt/pt/acite/dirdevtrab004.html> (15/09/2016).

Para a CEDM, a discriminação contra as mulheres, consiste em qualquer distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo que tenha como efeito ou como objetivo comprometer ou destruir o reconhecimento, o gozo ou o exercício pelas mulheres, seja qual for o estado civil, com base na igualdade entre homens e mulheres, dos direitos humanos e das liberdades fundamentais nos domínios político, económico, social, cultural e civil ou em qualquer outro.

Ao estarmos perante doenças que atingem mais mulheres do que homens somos da opinião que o difícil diagnóstico, a estigmatização social, a situação de pobreza que enfrentam em virtude das faltas ao trabalho, a limitação para trabalhar, os internamentos frequentes, os baixos rendimentos de que auferem, as elevadas despesas em saúde, a incapacidade para construir/educar a família, a reduzida atividade social, condiciona-as no seu dia a dia e impede-as de desfrutar a vida na sua plenitude.

Fenómeno este que afeta também os homens autoimunes, mas com dimensões diferentes. Isto porque são menos atingidos pelas DAI e os constrangimentos do ponto de vista profissional têm repercussões distintas em comparação com as mulheres, pelo facto de serem menos atingidos pelo desemprego<sup>48</sup> e de exercerem atividades profissionais mais bem remuneradas<sup>49</sup>.

Pelo exposto conclui-se por reflexos menos gravosos numa situação de agudização da doença, atenuando o impacto nas suas vidas.

Mesmo assim, a discriminação de que são alvo por parte do poder político, quer sejam homens ou mulheres, tendo por base o estado de saúde, é ilegítima e por isso proibida, mas este é um problema recorrente das pessoas com condições de saúde diminuída, pelo que lhes deverão ser dadas garantias acrescidas, sendo disso exemplo o reconhecimento de direitos específicos (os benefícios sociais e fiscais que abordaremos mais à frente), para fazer face às desigualdades de facto que enfrentam<sup>50</sup>.

Parece-nos oportuno questionar se o cenário de austeridade que Portugal enfrentou terá tido particulares repercussões nas mulheres. Neste sentido Magdalena Sepúlveda Carmona esclarece, numa reflexão sobre a crise financeira global que as mulheres suportam um triplo prejuízo em relação à austeridade visto que a sua atividade profissional se concentra no setor

---

<sup>48</sup>Observatório das Desigualdades, "A evolução do desemprego em Portugal: taxa de desemprego em 2013 é a mais alta da última década", 2014, <https://observatorio-das-desigualdades.com/2014/03/17/a-evolucao-do-desemprego-em-portugal-taxa-de-desemprego-em-2013-e-a-mais-alta-da-ultima-decada/> (5/10/2016).

<sup>49</sup>Cite, "Disparidades salariais", s/d, [http://www.cite.gov.pt/pt/acite/disparidadessalariais\\_05.html](http://www.cite.gov.pt/pt/acite/disparidadessalariais_05.html) (5/10/2016).

<sup>50</sup>Cfr. Catarina Sampaio Ventura, "O direito à saúde internacionalmente conformado: uma perspectiva de direitos humanos", *Lex Medicinæ*, n.º 4, 2005, p. 56.



público<sup>51</sup>, setor onde se registaram os maiores cortes de emprego, salários e pensões. Por outro lado, os serviços e benefícios que utilizam e dos quais mais dependem foram os mais atingidos (tais como serviços de acolhimento de crianças, cuidados de saúde materna e serviços de violência doméstica). Por último, porque este conjunto de serviços foi retirado viram-se obrigadas a preencher as lacunas, assumindo em muitos casos responsabilidades não remuneradas<sup>52</sup>.

Concluimos no sentido de que as mulheres se tornam mais vulneráveis em contexto de austeridade e paradoxalmente, as suas responsabilidades no meio familiar aumentam, passando o seu papel de cuidadoras a ser determinante no equilíbrio da vida doméstica.

Mesmo que os efeitos enumerados, designados pela autora como prejuízos, não se verifiquem cumulativamente em Portugal, não deixará de ser verdade que a verificação isolada do primeiro (trabalho prestado por mulheres no setor público), só por si, produzirá consequências que se irão repercutir em todas os aspetos da sua vida.

Ora se nos termos do art. 11º da CEDM, o Estado Português se comprometeu a adotar medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra as mulheres no emprego, com o propósito de assegurar a igualdade entre homens e mulheres no trabalho, no acesso ao emprego, na livre escolha da profissão, igualdade de remuneração, proteção da saúde, entre outros, somos levados a concluir que este compromisso foi quebrado durante o Programa de Assistência Económico e Financeiro.

Partindo da constatação de que as mulheres são social e juridicamente desfavorecidas, Teresa Pizarro Beleza é da opinião que se deve fazer uma reflexão sobre a condição da mulher numa perspetiva jurídico-social, o que implica compreender a sua construção relacional e a sua construção pelo mundo do Direito<sup>53</sup>.

Sendo o relacionamento desigual, as mulheres são sistematicamente desfavorecidas, pelo que as observações do género devem ser feitas com esta consciência prévia do desfavorecimento de um grupo, que no caso são as mulheres e que por acaso, são o maioritário, em termos populacionais<sup>54</sup>.

---

<sup>51</sup>Cfr. Vanessa de Sousa Cruz, "Retrato da Função Pública: Quem são e quantos já saíram", 2013, <http://www.tvi24.iol.pt/economia/iol-push/retrato-da-funcao-publica-quem-sao-quantos-sao-e-ja-sairam> (8/10/2016).

<sup>52</sup>"(...) women face a 'triple jeopardy' in relation to austerity (...) women are concentrated in public sector jobs, they are being hit hardest by cuts to public sector jobs, wages and pensions.(...) hit hardest as the services and benefits they use and rely on more (such as childcare services, maternal health care and domestic violence services) are cut. (...) 'filling the gaps' as state services are withdrawn, (...) by being forced to take on even more unpaid care responsibilities", cfr. Magdalena Sepúlveda Carmona, "Alternatives to Austerity", in *Aoife Nolan (dir) Economic and Social Rights after the Global Financial Crisis*, Cambridge, University Printing House, 2014, p. 32, interp. nosso.

<sup>53</sup>Cfr. Teresa Pizarro Beleza, *Direito das Mulheres e da Igualdade Social*, Coimbra, Almedina, 2010, pp. 23 e ss.

<sup>54</sup>Cfr. Teresa Pizarro Beleza, *Direito das Mulheres*, pp. 30 e ss.

Por sua vez para obviar à persistente desigualdade a Resolução do Conselho de Ministros n.º 103/2013, de 31 de dezembro, aprovou o V Plano Nacional para a Igualdade de Género, Cidadania e não Discriminação 2014-2017 desenvolvido pela Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género e que é composto por setenta medidas, estruturadas em torno das seguintes áreas estratégicas: Integração da perspetiva da Igualdade de Género na Administração Central e Local; Promoção da Igualdade entre Mulheres e Homens nas Políticas Públicas; Independência Económica, Mercado de Trabalho e Organização da Vida Profissional, Familiar e Pessoal; Orientação Sexual e Identidade de Género; Organizações não-governamentais; Comunicação Social e Cooperação<sup>55</sup>.

Enquanto instrumento de execução das políticas públicas, o PNI visa a promoção da igualdade de género e o combate às discriminações em função do sexo e da orientação sexual, na perspetiva que a "(...) igualdade entre mulheres e homens é um objetivo social em si mesmo, essencial a uma vivência plena da cidadania, constituindo um pré-requisito para se alcançar uma sociedade mais moderna, justa e equitativa". Prevê que os ministérios devem "continuar a integrar a perspetiva de género no planeamento das suas atividades (...) como instrumento de apoio à coordenação intersectorial da política de igualdade". Para o efeito é "indispensável dispor não só de dados desagregados por sexo, como de dados sobre realidades que afetam de modo diferente, em vários domínios, os homens e as mulheres", como é o caso do nosso estudo, as doenças autoimunes que não se encontram tratadas segundo este formato, a não ser as doenças autoimunes do foro reumatológico. Os dados estatísticos devem estar desagregados por sexo e deve ser garantida a sua elaboração e disseminação regulares<sup>56</sup>.

Se o PNI reforça a ideia de que é necessária a aplicação transversal da igualdade de género em todas as políticas públicas, também é verdade que as políticas públicas, na área da saúde devem reconhecer a necessidade de intervenção transversal em saúde, com o propósito de que ninguém seja esquecido.

Nos termos do PNI, a Organização Mundial de Saúde, encara as desigualdades entre grupos sociais, especialmente em matéria de saúde, como inaceitáveis, quer na dimensão política, quer na dimensão social e económica. Na saúde é determinante o reforço da sensibilização e da formação de profissionais e assume-se o compromisso de produzir

---

<sup>55</sup>Cite, "Relatório Sobre o Progresso da Igualdade entre Mulheres e Homens no Trabalho, no Emprego e na Formação Profissional", 2013, [http://cite.gov.pt/asstscite/downloads/Relat\\_Lei10\\_2013.pdf](http://cite.gov.pt/asstscite/downloads/Relat_Lei10_2013.pdf) (1/07/2016).

<sup>56</sup><https://www.cig.gov.pt/planos-nacionais-areas/cidadania-e-igualdade-de-genero/> (15/05/2016).

referenciais técnicos sobre igualdade de género em saúde e de integrar essa mesma perspetiva nos principais programas desta área<sup>57</sup>.

Nos termos da área estratégica 2.2, cuja epígrafe é "Saúde", visa-se: realizar ações de sensibilização e de formação sobre igualdade de género em saúde, produzir referenciais técnicos sobre igualdade de género em saúde, em matéria de perfis de saúde das mulheres e de saúde dos homens e de acesso não-discriminatório aos cuidados de saúde, promover a integração da perspetiva de género no desenvolvimento dos principais programas de saúde no domínio das Doenças Transmissíveis, Doenças não Transmissíveis, Saúde Sexual e Reprodutiva e Violência ao Longo do Ciclo de Vida, assegurar a desagregação por sexo e a análise, sob a perspetiva de género, da informação estatística sobre saúde e dos dados epidemiológicos acerca da população residente em Portugal<sup>58</sup>.

Somos da opinião que a ser aplicada a estratégia identificada no plano, adotando os critérios nele previstos, as políticas em saúde sairão reforçadas, demonstrando justiça, equidade e solidariedade entre todos, no acesso à saúde enquanto direito constitucionalmente consagrado.

#### 1.4. Discriminações positivas como garantia dos doentes autoimunes

Propomo-nos conhecer neste ponto o regime previsto no Código de Trabalho para os trabalhadores com capacidade de trabalho reduzida bem como outros direitos específicos (benefícios fiscais e sociais) que podem ser reivindicados pelas pessoas portadoras de doença crónica na sequência de atribuição de uma incapacidade, fixada com base nos critérios previstos na Tabela Nacional de Funcionalidade (TNF).

A Circular Informativa n.º 27/2015/DRS/ACSS de 21/12/2015<sup>59</sup>, da Administração Central do Sistema de Saúde e dirigida aos presidentes das Administrações Regionais de Saúde e às Equipas de Coordenação Regional, sobre a implementação experimental da Tabela Nacional de Funcionalidade na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, juntamente com a Norma da DGS n.º 014/2014, de 1/09, dirigida aos médicos e enfermeiros do Serviço Nacional de Saúde, vem esclarecer os termos de aplicação da TNF, publicada por Despacho n.º 10218/2014, de 8/08, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.

Nos termos do Despacho, por Resolução da Assembleia da República n.º 102/2012, de 13 de julho, publicada no Diário da República, 1ª série, n.º 151, de 6 de agosto de 2012, foi

---

<sup>57</sup><https://www.cig.gov.pt/planos-nacionais-areas/cidadania-e-igualdade-de-genero/> (15/05/2016).

<sup>58</sup><https://www.cig.gov.pt/planos-nacionais-areas/cidadania-e-igualdade-de-genero/> (15/05/2016).

<sup>59</sup>[http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circular%20Informativa%20n.%C2%BA%2027.2015%20\(21.12.2015\).pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circular%20Informativa%20n.%C2%BA%2027.2015%20(21.12.2015).pdf) (21/06/2016).

recomendada ao Governo a criação da tabela nacional de incapacidade e funcionalidade da saúde e face a esta recomendação, a Direção-Geral da Saúde elaborou uma Tabela Nacional de Funcionalidade, alinhada com a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), Incapacidade e Saúde, da Organização Mundial de Saúde, com o propósito de "adotar políticas de saúde e sociais de acordo com a funcionalidade da pessoa com doença crónica e não apenas de acordo com a sua incapacidade".

Os profissionais de saúde e sociais ficaram desta forma dotados de informação complementar à Classificação Internacional de Doenças e à Tabela Nacional de Incapacidades, permitindo medir os ganhos de funcionalidade obtidos após intervenção terapêutica, de reabilitação ou social e planear as intervenções comunitárias de acordo com o nível de funcionalidade dos grupos populacionais, com vista a melhorar a equidade na atribuição de benefícios de carácter especial a pessoas com doença crónica, incapacidade ou invalidez.

A Tabela Nacional de Funcionalidade, para o setor da saúde, dirige-se aos doentes crónicos adultos, com idade entre os 18 e os 64 anos, submetidos a plano terapêutico e/ou de reabilitação, nas seguintes situações: internamento por doença pulmonar obstrutiva crónica num serviço de pneumologia dos estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde; internamento por insuficiência cardíaca avançada num serviço de cardiologia ou de cirurgia cardiotorácica dos estabelecimentos hospitalares do SNS; Internamento por psicose funcional, sem causalidade orgânica identificada, num serviço de psiquiatria dos estabelecimentos hospitalares do SNS; dependência no domicílio e a receber cuidados prestados por uma unidade de cuidados na comunidade de um agrupamento de centros de saúde; internamento numa unidade de convalescença ou de média duração e reabilitação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

A aplicação da Tabela ocorre no momento da admissão e alta do doente e deve ser realizada por profissional de saúde habilitado, sendo o registo efetuado na Plataforma de Dados da Saúde.

O período de adaptação dos serviços à Tabela, decorreu de outubro a dezembro, de 2014 e o período experimental de implementação de janeiro a junho, de 2015.

A Tabela Nacional da Funcionalidade, centrou-se no componente "Atividades e Participação" que reúne os domínios da funcionalidade, tanto na perspetiva individual, como na perspetiva social com o propósito de quantificar a funcionalidade de forma consistente e rápida<sup>60</sup>.

---

<sup>60</sup>Cfr. Carla Pereira *et.al.*, "Construção e Validação da Tabela Nacional de Funcionalidade para as Doenças Crónicas", *in Revista Científica da Ordem dos Médicos*, s/n, 2016, pp.114 a 122, aspas no original.

Para classificar a lista de "Atividades e Participação", foi considerado o qualificador desempenho, que se deve entender como: o que o indivíduo faz no seu habitual ambiente de vida. Este qualificador também pode ser entendido como o "envolvimento numa situação de vida", ou "a experiência vivida" das pessoas no seu contexto de vida<sup>61</sup>.

Para complementar a avaliação foram identificados "Fatores Ambientais" por os mesmos poderem influenciar, de forma positiva ou negativa, o desempenho das atividades em análise. Estes fatores devem ser codificados de acordo com a situação que está a ser descrita (ex. o fator ambiental: rampas com piso liso pode ser codificado como um fator facilitador da atividade "deslocar-se", no caso de uma pessoa em cadeira de rodas ou como uma barreira à atividade no caso de um invisual)<sup>62</sup>.

Os fatores ambientais são de acordo com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência determinantes na classificação da deficiência. A Convenção, ao não definir deficiência, teve a intenção de demonstrar que este conceito é um conceito relativo, em constante evolução e que resulta da interação entre a pessoa e o ambiente. Num dado contexto, um indivíduo pode ser considerado portador de uma deficiência, para não ser em outro, dependendo das barreiras físicas, dos dispositivos médicos disponíveis ou simplesmente da atitude prevalecente na sociedade<sup>63</sup>.

Conclui-se que a TNF promove um processo inovador e diferenciador em relação a instrumentos anteriores, na forma como aborda o estado de saúde dos utentes com doença crónica, porque não é um processo discriminante por patologia crónica, mas discrimina a funcionalidade individual, num período do ciclo de vida associada à cronicidade de uma patologia.

Os avanços demonstrados pela TNF são claros e vão ao encontro de soluções internacionais vigentes, mas parece-nos que o lapso de tempo que decorreu entre a sua experimentação, entrada em vigor e efetiva aplicação não terá permitido até ao momento delinear uma estratégia para os doentes crónicos.

Antes de abordarmos os benefícios a que terão direito os doentes portadores de DAI decorrentes da aplicação da TNF, propomo-nos previamente conhecer regimes especiais que sejam aplicáveis aos doentes adultos em idade ativa. A Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas aprovada em anexo àquele diploma e alterada pela Lei n.º

---

<sup>61</sup>Cfr. Carla Pereira *et.al.*, "Construção e Validação da Tabela Nacional de Funcionalidade para as Doenças Crónicas", in *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, s/n, 2016, pp.114 a 122, aspas no original.

<sup>62</sup>Cfr. Carla Pereira *et.al.*, "Construção e Validação da Tabela Nacional de Funcionalidade ...", pp.114 a 122, aspas no original.

<sup>63</sup>Cfr. Raquel Tavares, *Direitos Humanos: de onde vêm, o que são e para que servem?*, Imprensa Nacional Casa da Moeda, Lisboa, 2012, pp. 64.

84/2015, de 7 de agosto, o Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, a Lei n.º 38/2004, de 18 de agosto e o Decreto-Lei n.º 29/2001, de 3 de fevereiro.

O Código do Trabalho aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12/02, com a redação introduzida pela Lei n.º 28/2015, de 14/04, no art. 24º, nº1, prevê que o "trabalhador ou candidato a emprego tem direito a igualdade de oportunidades e de tratamento no que se refere ao acesso ao emprego, à formação e promoção ou carreira profissionais e às condições de trabalho, não podendo ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão, nomeadamente, (...) de doença crónica (...), devendo o Estado promover a igualdade de acesso a tais direitos". O mesmo regime aplica-se aos trabalhadores no exercício de funções públicas.

Os trabalhadores com capacidade de trabalho reduzida não podem ser discriminados e aplica-se-lhes o regime previsto nos artigos 84º a 87º do CT, ou seja gozam do estatuto jurídico-laboral especial, com direitos e deveres específicos, fundamentado na necessidade de proteção jurídica. Este estatuto traduz-se num conjunto de normas que preveem condições especiais de trabalho, no que respeita às faltas por doença, prestação de trabalho a tempo parcial, intervalos de descanso, horário flexível<sup>64</sup>.

Estas normas traduzem-se em especiais condições de prestação de trabalho, relativas à justificação de faltas por doença (que terão necessariamente de decorrer da doença crónica), à prestação do trabalho a tempo parcial, ao intervalo de descanso e aos horários rígido e flexível e aos trabalhadores integrados no Regime de Proteção Social Convergente<sup>65</sup>.

O regime de faltas não implica a perda da totalidade da remuneração diária nos primeiro, segundo e terceiro dias de incapacidade temporária, nas situações de faltas seguidas ou interpoladas, nem a perda de 10% da remuneração diária, a partir do quarto dia e até ao trigésimo dia da mencionada incapacidade temporária, nem lhes é aplicável qualquer desconto na antiguidade para efeitos de carreira, quando as faltas por doença ultrapassem 30 dias seguidos ou interpolados em cada ano civil<sup>66</sup>.

Para justificar as faltas, o trabalhador deverá apresentar o certificado de incapacidade temporária para o trabalho<sup>67</sup>, regulamentado pela Portaria n.º 220/2013, de 4 de julho que veio

---

<sup>64</sup><http://www.inr.pt/content/1/3792/regime-laboral-especial-do-trabalhador-com-deficiencia-exercer-funcoes-publicas> (19/06/2016).

<sup>65</sup>A Lei n.º 4/2009, de 29 de janeiro, estabelece o regime de proteção social convergente, que abrange apenas os trabalhadores admitidos na Administração Pública, até 31 de dezembro de 2005 e que estavam sujeitos ao "regime de proteção social da função pública" e inscritos na Caixa Geral de Aposentações.

<sup>66</sup><http://www.inr.pt/content/1/3792/regime-laboral-especial-do-trabalhador-com-deficiencia-exercer-funcoes-publicas> (19/06/2016).

<sup>67</sup>A certificação da incapacidade temporária para o trabalho, para efeitos de atribuição do subsídio de doença no âmbito do sistema previdencial, é efetuada pelos médicos dos serviços competentes do Serviço Nacional de Saúde,

alterar a Portaria n.º 337/2004, de 31 de março juntamente com a declaração do médico que ateste que a doença que o impede de desempenhar as suas funções é consequência da doença crónica de que é portador<sup>68</sup>.

O horário em regime de jornada contínua<sup>69</sup> é admissível, em circunstâncias fundamentadas, mas a entidade empregadora goza de discricionariedade na apreciação dos fundamentos invocados pelo trabalhador. É admitido o regime de meia jornada<sup>70</sup>, que consiste na prestação de trabalho durante um período reduzido em metade, relativamente ao período normal de trabalho a tempo completo, por um período igual ou superior a um ano e o pagamento de uma retribuição mensal equivalente a 60%, da retribuição mensal correspondente à prestação de trabalho a tempo completo<sup>71</sup>.

Relativamente ao trabalho suplementar e noturno, os trabalhadores com doença crónica podem ser dispensados de o prestar em função dos exames médicos a que sejam submetidos, constituindo contraordenação grave, caso se venha a demonstrar que o trabalho suplementar ou noturno foi prejudicial à sua saúde<sup>72</sup>.

Este regime suscita-nos dúvidas quanto à proteção efetiva dos direitos dos trabalhadores com capacidade de trabalho reduzida. Tal conclusão resulta do facto de se apresentarem elementos burocráticos, que não atendem à incapacidade causada pela doença que como referimos (as doenças autoimunes) provocam dor crónica e incapacidade impossíveis de medir.

Ora para justificar as faltas, o trabalhador deverá apresentar certificado de incapacidade temporária para o trabalho, juntamente com a declaração do médico que ateste que está impedido por força da doença de desempenhar as suas funções decorrente do facto de ser portador de uma doença crónica<sup>73</sup>.

Parece-nos que num período de agudização da doença em que o trabalhador é colocado numa situação de debilidade terá ainda de preocupar-se com formalidades que lhe trazem

---

através de modelo próprio, designado por certificado de incapacidade temporária para o trabalho por estado de doença (CIT). O formulário encontra-se disponível em <http://www.seg-social.pt/formularios>.

<sup>68</sup><http://www.inr.pt/content/1/3792/regime-laboral-especial-do-trabalhador-com-deficiencia-exercer-funcoes-publicas> (19/06/2016).

<sup>69</sup>A jornada contínua consiste na prestação ininterrupta de trabalho, salvo um período de descanso nunca superior a 30 minutos que para todos os efeitos se considera tempo de trabalho.

<sup>70</sup>Para que o trabalhador goze desta modalidade de horário, deve formalizar o pedido por escrito, para que seja autorizado ou indeferido. Contudo, em caso de indeferimento, a decisão deve ser fundamentada por escrito.

<sup>71</sup><http://www.inr.pt/content/1/3792/regime-laboral-especial-do-trabalhador-com-deficiencia-exercer-funcoes-publicas> (19/06/2016).

<sup>72</sup><http://www.inr.pt/content/1/3792/regime-laboral-especial-do-trabalhador-com-deficiencia-exercer-funcoes-publicas> (19/06/2016).

<sup>73</sup><http://www.inr.pt/content/1/3792/regime-laboral-especial-do-trabalhador-com-deficiencia-exercer-funcoes-publicas> (9/10/2016).

perturbação e instabilidade, deixando ainda ao critério da entidade patronal decisões relativas ao gozo de direitos que estão previstos na lei.

Ter um trabalhador portador de uma doença incapacitante, significa mais faltas ao trabalho, menos produtividade e menor lucro o que diminuirá a tolerância da entidade patronal à doença, ao trabalhador e à sua permanência na empresa.

Outras soluções adaptadas aos doentes crónicos (nos quais se incluem os doentes autoimunes), poderão eventualmente ser encontradas ao nível das boas práticas e da responsabilidade ética, enquanto opção da respetiva empresa, mas nenhuma referência expressa se encontra no *site* da Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego<sup>74</sup>.

Regime especial gozam os trabalhadores portadores de deficiência<sup>75</sup>, em virtude do empenho da sociedade civil e dos compromissos assumidos pelo Estado Português, no sentido de os incluir social e profissionalmente<sup>76</sup>.

Este regime deverá ser aplicado aos doentes crónicos, com incapacidade igual ou superior a 60%, conforme previsto no art. 87º, nº5, do CIRS, nos termos do qual a pessoa com deficiência é "(...) aquela que apresente um grau de incapacidade permanente, devidamente comprovado mediante atestado médico de incapacidade multiuso<sup>77</sup> emitido nos termos da legislação aplicável, igual ou superior a 60%".

Ser portador de deficiência ou ter um problema de saúde que afete o dia a dia compromete a qualidade de vida, a nível social, profissional e pessoal. O Estado concede alguns benefícios aos deficientes (incapacidade igual ou superior a 60%), que se materializam em apoio na compra de material técnico, vantagens nos impostos, facilidade na aquisição de casa e automóvel à sua medida, e incentivos ao trabalho. Enumeramos alguns benefícios: isenção de taxas moderadoras, aquisição de viatura própria, cartão de estacionamento modelo comunitário para pessoas com deficiência com mobilidade condicionada, aquisição ou construção de habitação, benefícios fiscais em sede de IRS, ajudas técnicas<sup>78</sup>, isenção

---

<sup>74</sup><http://www.cite.gov.pt/pt/acite/dirdevtrab007.html> (14/06/2016).

<sup>75</sup>A Lei n.º 38/2004, de 18 de agosto prevê o regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência.

<sup>76</sup><http://www.inr.pt/content/1/73/sistema-quotas-emprego> (14/06/2016).

<sup>77</sup>Deve dirigir-se ao Centro de Saúde da área de residência requerendo ao Delegado Regional de Saúde a convocação de uma Junta Médica para avaliação do grau de incapacidade e emissão do respetivo atestado de incapacidade que adquire uma função multiusos: certidão de incapacidade multiusos. Para o efeito deve juntar ao referido requerimento, relatórios médicos e meios auxiliares de diagnóstico de que disponha. O Delegado Regional de Saúde convocará a Junta Médica e deverá notificar o requerente, no prazo de 60 dias, após a data de entrada do requerimento. Caso pertença às Forças Armadas, Polícia de Segurança Pública ou Guarda Nacional Republicana, deve dirigir-se aos Serviços Médicos respectivos. Todas as entidades públicas ou privadas, perante quem sejam exibidos os atestados multiusos deverão devolvê-los aos interessados ou seus representantes, após anotação de conformidade com o original, aposta em fotocópia simples, <http://www.inr.pt/content/1/72/saude> (24/09/2016).

<sup>78</sup>Com a publicação do Despacho n.º 7225/2015, passaram a designar-se de Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio (SAPA). Os objetivos do SAPA são a atribuição de forma gratuita e universal de produtos de apoio; gestão eficaz



do Imposto Único de Circulação, prioridade no atendimento nos serviços públicos, quota de emprego na Administração Pública, incentivos do IEFP à contratação de pessoas com deficiência no sector privado, contingente especial para o ensino superior, disposições do Código do Trabalho para trabalhadores com deficiência<sup>79</sup>.

O Imposto Sobre Veículos<sup>80</sup> encontra-se regulamentado na Lei n.º22-A/2007, de 29 de junho, Decreto-Lei n.º43/76, de 20 de janeiro, Decreto-Lei n.º352/2007, de 23 de Outubro.

O Imposto Único de Circulação<sup>81</sup>, encontra-se regulamentado na Lei n.º22-A/2007, de 29 de junho<sup>82</sup>. As pessoas com deficiência que apresentem um grau de incapacidade igual ou superior a 60% têm algumas regalias previstas no Código de IRS, que visam minorar o excesso de despesas que suportam. De referir que têm de apresentar obrigatoriamente o comprovativo da situação de deficiência junto das Finanças. É possível deduzir à coleta uma importância correspondente a quatro vezes o valor do IAS<sup>83</sup> e por cada dependente deficiente pode deduzir um valor igual 1,5 vezes o IAS. São deduzidas 30% das despesas com educação e reabilitação; 25% da totalidade dos prémios de seguros de vida ou contribuições pagas a associações mutualistas que garantam exclusivamente os riscos de morte, invalidez ou reforma por velhice, com o limite de 65 euros para solteiros e 130 para casados<sup>84</sup>; gozam ainda de benefícios como a aquisição de casa própria, regulamentada pelos Decreto-Lei n.º 230/80, de 16 de julho; Decreto-Lei n.º 541/80, de 10 de novembro, Código do Imposto Municipal sobre Transmissões Onerosas de Imóveis; Código do IRS<sup>85</sup> e arrendamento<sup>86</sup>.

O recurso ao crédito à habitação<sup>87</sup> é regulamentado pela Lei n.º 64/2014, de 26 de agosto<sup>88</sup>; o mercado de trabalho-Incentivos ao emprego, o Programa de Emprego e Apoio à

---

da sua atribuição mediante, a simplificação de procedimentos exigidos pelas entidades e a implementação de um sistema informático centralizado, bem como financiamento simplificado dos produtos de apoio.

<sup>79</sup>Cfr. João Paulo Moura, "Atestado Médico de Incapacidade Multiuso", 2016, <http://www.online24.pt/atestado-medico-de-incapacidade-multiuso/> (15/06/2016).

<sup>80</sup>Jornal Público, "Conheça os Apoios que Existem Para Pessoas com Deficiência", s/d, <https://www.publico.pt/economia/noticia/conheca-os-apoios-que-existem-para-pessoas-com-deficiencia-1637518> (14/06/2016).

<sup>81</sup>Este regime aguarda esclarecimentos que deverão ser prestados pelo Governo no futuro próximo na sequência da publicação do DL n.º 41/2016, de 1 de agosto.

<sup>82</sup><http://www.inr.pt/content/1/65/fiscalidade#2> (2/08/2016).

<sup>83</sup>Índice de apoios sociais que no ano de 2016 ascende a € 419,22.

<sup>84</sup>Jornal Público, "Conheça os Apoios que Existem Para Pessoas com Deficiência", s/d, <https://www.publico.pt/economia/noticia/conheca-os-apoios-que-existem-para-pessoas-com-deficiencia-1637518> (14/06/2016).

<sup>85</sup><http://www.inr.pt/content/1/66/habitacao-propria> (2/08/2016).

<sup>86</sup><http://www.inr.pt/content/1/60/arrendamento-urbano-para-fins-habitacionais> (2/08/2016).

<sup>87</sup>Jornal Público, "Conheça os Apoios que existem para as Pessoas com Deficiência", s/d, <https://www.publico.pt/economia/noticia/conheca-os-apoios-que-existem-para-pessoas-com-deficiencia-1637518> (14/06/2016).

<sup>88</sup><http://cliente.bancario.bportugal.pt/pt-Paginas/Legislacao.aspx?tema=Cr%C3%A9dito%20C3%A0%20habita%C3%A7%C3%A3o> (8/08/2016).

Qualificação das Pessoas com Deficiência e Incapacidade, do IEF, integra várias modalidades de ajuda destinadas às pessoas com deficiência e que tenham dificuldades no acesso, manutenção e progressão no emprego<sup>89</sup>. Estas matérias encontram-se previstas e reguladas na Lei n.º 35/2014, de 20 de junho e na Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas aprovada em anexo àquele diploma e alterada pela Lei n.º 84/2015, de 7 de agosto, no Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, na Lei n.º 38/2004, de 18 de agosto e no Decreto-Lei n.º 29/2001, de 3 de fevereiro<sup>90</sup>; no âmbito da segurança social: as ajudas técnicas visam financiar os produtos de apoio destinados a pessoas com deficiência.

Por ajudas técnicas<sup>91</sup> entende-se todo o equipamento destinado a compensar a deficiência ou a atenuar as consequências, para que possa exercer atividades diárias e participar na vida escolar e profissional, como por exemplo cadeiras de rodas, andarilhos, canadianas, almofadas para prevenir úlceras, colchões ortopédicos, adaptações para carros, materiais e equipamentos para comunicação (canetas adaptadas, computadores, tabelas de comunicação, etc.)<sup>92</sup>; bonificação do abono de família, para crianças e jovens com deficiência<sup>93</sup>; na saúde os utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60% têm isenção das taxas moderadoras, em tudo que se relacione com a doença crónica<sup>94</sup>; a rede nacional de cuidados continuados Integrados, é constituída por um conjunto de instituições, públicas ou privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, tanto na sua casa como em instalações próprias. O objetivo é ajudar a pessoa a recuperar ou manter a sua autonomia e maximizar a sua qualidade de vida<sup>95</sup>. Estas matérias encontram-se regulamentadas no DL n.º 173/2003, de 1 de agosto, pela Portaria n.º 349/96, de 8 de agosto, pelo DL n.º 60/2003, de 1 de abril e pela Lei n.º 106/2009, de 14 de setembro<sup>96</sup>.

---

<sup>89</sup>Jornal Público, "Conheça os Apoios que Existem para as Pessoas com Deficiência", s/d, <https://www.publico.pt/economia/noticia/conheca-os-apoios-que-existem-para-pessoas-com-deficiencia-637518> (14/06/2016).

<sup>90</sup><http://www.inr.pt/content/1/3792/regime-laboral-especial-do-trabalhador-com-deficiencia-exercer-funcoes-publicas> (8/8/2016).

<sup>91</sup>Despacho n.º 7197/2016 que regulamenta a lista de produtos de apoio.

<sup>92</sup>Jornal Público, "Conheça os Apoios que Existem Para as Pessoas com Deficiência", s/d, <https://www.publico.pt/economia/noticia/conheca-os-apoios-que-existem-para-pessoas-com-deficiencia-637518> e <http://www.inr.pt/content/1/59/ajudas-tecnicas-produtos-de-apoio> (14/06/2016).

<sup>93</sup>Jornal Público, "Conheça os Apoios que Existem Para as Pessoas com Deficiência", s/d, <https://www.publico.pt/economia/noticia/conheca-os-apoios-que-existem-para-pessoas-com-deficiencia-637518> (14/06/2016).

<sup>94</sup>Jornal Público, "Conheça os Apoios que Existem para Pessoas com Deficiência", s/d, <https://www.publico.pt/economia/noticia/conheca-os-apoios-que-existem-para-pessoas-com-deficiencia-637518> e <http://www.inr.pt/content/1/72/saude> (14/06/2016).

<sup>95</sup>Jornal Público, "Conheça os Apoios que Existem para Pessoas com Deficiência", s/d, <https://www.publico.pt/economia/noticia/conheca-os-apoios-que-existem-para-pessoas-com-deficiencia-637518> (14/06/2016).

<sup>96</sup><http://www.inr.pt/content/1/72/saude> (18/08/2016).

Na área da educação<sup>97</sup> e apoio especializado, as escolas devem ter apoios adequados para ensinar crianças e jovens com deficiência, ao incluir apoio pedagógico personalizado, entre outros aspetos (de forma a garantir o ensino adequado a este nicho, foram criadas escolas de referência para a educação de alunos surdos, cegos, com baixa visão, autistas, com multideficiência ou surdocegueira congénita)<sup>98</sup>; no ensino superior: atribuição da Bolsa de Estudo aos estudantes bolsheiros com deficiência igual ou superior a 60%<sup>99</sup>.

Concluímos pois que os pacientes a quem for atribuída uma incapacidade igual ou superior a 60%, veem o seu estatuto reconhecido com a correspondente proteção legal<sup>100</sup>.

Complementarmente aos benefícios enumerados, estes pacientes poderão vir a beneficiar, caso a situação financeira do país o permita, do Estatuto do Cuidador Informal, que foi apresentado em abril de 2016, pelo CDS-PP.

Este Estatuto consta do Projeto de Resolução nº 228/XIII/1<sup>a</sup> que recomenda o Governo a promover o apoio estruturado aos cuidadores informais e a criação do seu Estatuto<sup>101</sup>.

Estes cuidadores deverão beneficiar de um conjunto de apoios que passam pela prestação de trabalho em regime de horário flexível/jornada contínua; disponibilizar em todos os serviços hospitalares e em todos os centros de saúde informação organizada sobre os direitos sociais e sobre o apoio clínico disponíveis para os pacientes dependentes e seus cuidadores,

---

<sup>97</sup>O Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro, alterado pela Lei n.º 21/2008, de 12 de maio que define os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário dos sectores público, particular e cooperativo, a Lei n.º 85/2009, de 27 de agosto que estabelece o regime da escolaridade obrigatória para as crianças e jovens que se encontram em idade escolar e consagra a universalidade da educação pré-escolar para as crianças a partir dos 5 anos de idade, Decreto-Lei n.º 176/2012, de 2 de agosto que regula o regime de matrícula e de frequência no âmbito da escolaridade obrigatória das crianças e dos jovens com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos e estabelece medidas que devem ser adotadas no âmbito dos percursos escolares dos alunos para prevenir o insucesso e o abandono escolares, Portaria n.º 143/2014, de 14 de julho que aprova o Regulamento do Concurso Nacional de Acesso e Ingresso no Ensino Superior Público para a Matrícula e Inscrição no ano letivo de 2014-2015, Despacho n.º 9884/2014, de 31 de julho que nomeia a comissão de peritos que aprecia os pedidos de admissão às vagas do contingente especial por estudantes com necessidades educativas especiais no âmbito do Concurso Nacional de Acesso e Ingresso no Ensino Superior Público para a Matrícula e Inscrição no ano letivo de 2014-2015, Despacho n.º 18987/2009, de 17 de agosto, com as alterações introduzidas pelos Despachos n.ºs 14368-A/2010, de 14 de setembro, 12284/2011, de 19 de setembro, 11886-A/2012, de 6 de setembro, 11861/2013, de 12 de setembro e 11306-D/2014, de 8 de setembro que regula as condições de aplicação, a partir do ano letivo de 2009-2010, das medidas de ação social escolar, da responsabilidade do Ministério da Educação e dos Municípios, em diversas modalidades, <http://www.inr.pt/content/1/62/educacao> (2/08/2016).

<sup>98</sup>Jornal Público, "Conheça os Apoios que Existem Para as Pessoas com Deficiência", s/d, <https://www.publico.pt/economia/noticia/conheca-os-apoios-que-existem-para-pessoas-com-deficiencia-637518> (14/06/2016).

<sup>99</sup>Jornal Público, "Conheça os Apoios que Existem para as Pessoas com Deficiência", s/d, <https://www.publico.pt/economia/noticia/conheca-os-apoios-que-existem-para-pessoas-com-deficiencia-637518> (14/06/2016).

<sup>100</sup>No caso de violação de direitos, a Associação Portuguesa de Deficientes (APD) alerta que a Provedoria de Justiça criou em fevereiro de 2011, a Linha do Cidadão Portador de Deficiência. Esta Linha visa o esclarecimento de dúvidas e a resolução de problemas de pessoas deficientes e ainda de todas as outras que por algum motivo pretendam ser informadas sobre este assunto. A Linha (800 208 462) funciona de segunda a sexta, das 9h30 às 17h30. As queixas por violação de direitos podem ser apresentadas diretamente no site da Provedoria de Justiça em formulário eletrónico próprio disponível no site <http://www.provedor-jus.pt/> (12/08/2016).

<sup>101</sup>Projeto de Resolução n.º 228/XIII/1<sup>a</sup>, do CDS-PP.

para facultar aquando do internamento e no seguimento destes pacientes; reforçar a contratualização com as instituições de Cuidados Continuados e Paliativos, de acordo com as disponibilidades existentes, a possibilidade de internamento para descanso do cuidador; estimular, nos centros de saúde e nas instituições da comunidade, a criação de grupos de entreajuda e de grupos de voluntários, enquadrados por profissional adequado, que ajudem a prevenir a exaustão dos cuidadores; reforçar a criação e ampla divulgação de suportes informáticos que, em colaboração com as associações de doentes das diferentes patologias crónicas, visem esclarecer os doentes crónicos e seus cuidadores sobre os padrões de evolução da doença, sobre o tipo de apoios a que poderão ter direito; estudar, promover e aplicar medidas de carácter fiscal que visem, nomeadamente, a criação de deduções fiscais para os cuidadores/famílias com pessoas dependentes a seu cargo<sup>102</sup>.

O projeto apresenta uma perspetiva humanizada do doente e da família, mas fica dependente da conjuntura financeira do país, pelo que se aguarda que venha a ter a atenção que merece apesar das compressões externas que se preveem para o Orçamento de Estado 2017.

No que respeita ao Estatuto do Doente Crónico, foram movidos esforços por associações de doentes e pela Assembleia da República manifestando-se no sentido da sua criação, mas o Ministério da Saúde, com base num parecer da Direção-Geral de Saúde (DGS) pronunciou-se em sentido desfavorável, porque seria criar um estatuto para toda a população, uma vez que 60% da população europeia, sofre de doença crónica<sup>103</sup>. Tal facto veio a ser demonstrado através de um estudo realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), em que se concluiu que "5,3 milhões de pessoas com 15 ou mais anos referiram ter pelo menos uma doença crónica em 2014 (...)"<sup>104</sup>.

De notar que o argumento invocado é fundamento para não ser criado o estatuto do doente crónico, mas na verdade, para além da inexistência do estatuto, também não foi criado um programa nacional de prevenção da doença crónica, com o propósito de atenuar os efeitos da doença na vida dos portugueses e consequentes repercussões na vida profissional, familiar, pessoal, na saúde e na segurança social, ou seja a lei não os reconhece e não os protege, pelo que se aguarda que a aplicação da TNF permita a definição de políticas públicas.

---

<sup>102</sup>Projeto de Resolução n.º 228/XIII/1ª, do CDS-PP.

<sup>103</sup>Associação Sindical dos Juizes Portugueses, "Governo não Vai Criar Estatuto do Doente Crónico", 2014, <http://www.asjp.pt/2014/04/08/governo-nao-vai-criar-estatuto-do-doente-cronico/> (16/09/2016).

<sup>104</sup>[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=249946508&DESTAQUEsmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=249946508&DESTAQUEsmodo=2), interp. nosso, (26/06/2016).

Ao que ficou dito excepciona-se o programa nacional da diabetes e o programa nacional contra as doenças reumáticas que vigorou no período 2004-2010, integrado na iniciativa das Nações Unidas para o período 2000-2010 (década do osso e da articulação) e que fez parte integrante do PNS. Porém este programa nacional reportava-se apenas a doenças do foro reumatológico, onde só estavam incluídas algumas das doenças autoimunes.

Questiona-se se não faria sentido a criação de um programa nacional holístico de prevenção da doença crónica, desenhado à semelhança do programa nacional de vacinação e que acompanhe o indivíduo ao longo do ciclo de vida, deixando de existir programas nacionais avulsos, desarticulados, dispendiosos, com duração limitada no tempo e eficácia incerta e que não pensam o indivíduo como um todo.

Solução inovadora foi já encontrada e implementada em alguns países membros da OMS, como a Austrália e Itália, em que avaliação da funcionalidade (doença crónica) integra os programas de saúde e de ação social<sup>105</sup>.

---

<sup>105</sup><http://www.who.int/classifications/icf/appareas/en/index.html> (16/09/2016).



## Capítulo II

### 1. Proteção da saúde no contexto das Nações Unidas

#### 1.1.A Organização Mundial de Saúde

A OMS surge em resultado do disposto no art. 57º da Carta das Nações Unidas, segundo o qual "as várias organizações especializadas, criadas por acordos intergovernamentais e com amplas responsabilidades internacionais (...) nos campos (...) de saúde e conexos, serão vinculados às Nações Unidas, em conformidade com as disposições do art. 63º".

Dando expressão a esta disposição, a constituição da OMS foi aprovada em 22 de julho, de 1948, em Nova Iorque. Do seu preâmbulo resultam preceitos basilares para a felicidade dos povos, para as suas relações harmoniosas e para a sua segurança. A noção de saúde das Nações Unidas (NU), conceito universalmente aceite<sup>106</sup> comporta (como já tivemos oportunidade de referir) as dimensões do bem-estar físico, mental e social acompanhadas de ausência de doença ou de enfermidade.

A saúde é um dos direitos fundamentais de todo o ser humano e apresenta-se como essencial para alcançar a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação entre os indivíduos e os Estados; os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos, sendo o desigual desenvolvimento em diferentes países no que respeita à promoção de saúde e combate às doenças, especialmente contagiosas, um perigo comum; o desenvolvimento saudável da criança é de importância basilar, a aptidão para viver harmoniosamente num meio variável é essencial a tal desenvolvimento; a extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para atingir o mais elevado grau de saúde; uma opinião pública esclarecida e uma cooperação ativa da parte do público são de uma importância capital para a melhoria da saúde dos povos e os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas<sup>107</sup>.

A OMS é constituída pelos seguintes órgãos: a Assembleia Mundial da Saúde, o Conselho Executivo e o Secretariado.

A Assembleia Mundial da Saúde é o órgão de decisão supremo da OMS e é composta por delegações de todos os Estados Membros da OMS, reunindo com uma agenda específica

---

<sup>106</sup>Cfr. Carla Amado Gomes, "Defesa da Saúde VS Liberdade Individual: Casos de vida de um médico de saúde pública", in *Revista da Associação Académica da Faculdade de Direito de Lisboa*, s/n, 1999, p. 5.

<sup>107</sup><http://www.who.int/about/mission/en/> (14/10/2016).

elaborada pelo Conselho Executivo. As suas principais funções são determinar as políticas da Organização, nomear o director-geral, supervisionar as políticas financeiras e rever e aprovar o orçamento-programa. A Assembleia da Saúde é realizada anualmente em Genebra, na Suíça.

O Conselho Executivo é composto por 34 membros tecnicamente qualificados e eleitos para um mandato de três anos. A reunião anual é realizada em janeiro, quando os membros concordam sobre a agenda e com as resoluções a serem apreciadas. Uma segunda reunião, mais curta, acontece em maio e constitui uma preparação para a Assembleia da Saúde. As principais funções são: aconselhar e implementar as decisões e políticas da Assembleia Mundial da Saúde.

O Secretariado compreende a Diretora-Geral e o pessoal técnico e administrativo de que a Organização necessita<sup>108</sup>. Margaret Chan é a atual Diretora-Geral da OMS e foi nomeada pela primeira vez pela Assembleia Mundial da Saúde, em 9 de novembro de 2006. A Assembleia designou-a para um segundo mandato de cinco anos, na sexagésima quinta sessão, em maio de 2012. O atual mandato iniciou-se em 1 de julho, de 2012 e continuará até 30 de junho de 2017<sup>109</sup>.

A OMS está extremamente comprometida na promoção do direito à saúde, no direito internacional, nos processos de desenvolvimento e nos sistemas nacionais públicos de saúde<sup>110</sup> e trabalha em estreita colaboração com o sistema das Nações Unidas, para apoiar os Estados-Membros na realização das prioridades nacionais e garantir melhores resultados em saúde. Colabora também com o sistema das Nações Unidas, para posicionar a saúde nos debates e decisões dos organismos intergovernamentais das Nações Unidas; visa contribuir para um sistema eficaz a nível global, regional e nacional; proporcionar liderança em esforços humanitários relacionados com a saúde; promover alianças e abordagens inter-agências para tratar de questões de saúde.

Por sua vez os debates sobre políticas nas Nações Unidas tem a saúde como parte integrante, assim como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável<sup>111</sup>, continuarão a ser um elemento-chave, da futura agenda de desenvolvimento pós-2015. A Saúde é discutida nos três

---

<sup>108</sup><http://www.who.int/about/en/> (20/05/2016).

<sup>109</sup><http://www.who.int/about/en/> (20/05/2016).

<sup>110</sup>Cfr. Wolfgang Benedek, *Compreender os Direitos Humanos: Manual de Educação Para os Direitos Humanos*, versão portuguesa coordenada por Vital Moreira e Carla Marcelino Gomes, 1ª Edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2014, p. 168, interpol. nosso.

<sup>111</sup>Os dezassete Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, foram fixados numa cimeira da ONU, em Nova Iorque (EUA), de 25 a 27 de setembro, de 2015. Trata-se da nova agenda de ação até 2030, que se baseia nos progressos e lições aprendidas com os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, entre 2000 e 2015. Esta agenda é fruto do trabalho conjunto de governos e cidadãos de todo o mundo para criar um novo modelo global para acabar com a pobreza, promover a prosperidade e o bem-estar de todos, proteger o ambiente e combater as alterações climáticas, <http://www.unric.org/pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel> (12/08/2016).



órgãos principais das Nações Unidas: na Assembleia Geral, no Conselho Económico e Social (ECOSOC) e no Conselho de Segurança<sup>112</sup>.

## 1.2. Proteção do direito à saúde nos instrumentos internacionais

Ínsito nos mais diversos instrumentos, o direito humano à saúde visa a garantia e proteção de todos os seres humanos, em todas as etapas da vida, conferindo-lhes uma vida digna. O reconhecimento pela comunidade internacional, em 1948, da necessidade de os Estados assumirem a proteção e promoção dos direitos humanos, entre os quais a saúde<sup>113</sup>, passa a ser considerado como missão de cada Estado.

Note-se contudo que a prossecução dos compromissos assumidos internacionalmente ficam, muitas das vezes, comprometidos perante constrangimentos financeiros, culturais e ambientais.

Assim a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), no art. 25º, estatui que "toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar a si 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 e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias, independentes da sua vontade".

O direito à saúde e o bem-estar "(...) estão intrinsecamente ligados a todas as etapas e aspetos da vida, (...) isto torna-se evidente quando o bem-estar humano requer a satisfação de todas as necessidades, sejam necessidades físicas, como ar, água, alimento e sexo, como as necessidades sociais e psicológicas, necessidade de amor, de pertencer a grupos de amigos, família e comunidade"<sup>114</sup>.

Os direitos humanos correspondem a obrigações do Estado, no sentido de contribuir para a satisfação dessas necessidades e de permitir a todos os indivíduos uma vida digna<sup>115</sup>.

Como referido, o direito humano à saúde foi consagrado como tal em 1948, na DUDH, mas já o preâmbulo da constituição da OMS (1946) lhe havia conferido uma dimensão alargada.

---

<sup>112</sup><http://www.who.int/about/en/> (20/05/2016).

<sup>113</sup>Cfr. Carla Amado Gomes, "Defesa da Saúde VS Liberdade Individual: Casos de vida de um médico de saúde pública", in *Revista da Associação Académica da Faculdade de Direito de Lisboa*, s/n, 1999, p. 8.

<sup>114</sup>Cfr. Wolfgang Benedek, *Compreender os Direitos Humanos: Manual de Educação Para os Direitos Humanos*, versão portuguesa coordenada por Vital Moreira e Carla Marcelino Gomes, 1ª Edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2014, p. 168, interpol. nosso.

<sup>115</sup>Cfr. Wolfgang Benedek, *Compreender...*, p. 168.

Vimos já que muitas das políticas que determinam a saúde são feitas fora do setor e afetam determinantes sociais da saúde<sup>116</sup>.

Por sua vez, o Pacto Internacional para os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (PIDESC), adotado em 1966, no seu art. 12º, tornou ainda mais explícito que o direito humano à saúde integrava o conceito de "adequado padrão de vida"<sup>117</sup>.

O art. 12º do Pacto, refere o seguinte no seu nº 1: "Os Estados-Parte no presente Pacto reconhecem o direito a todas as pessoas de gozar do melhor estado de saúde física e mental possível de atingir".

Ao ser reconhecido o direito à saúde, no art. 12º, não significa que os seus beneficiários tenham de ser saudáveis, mas obriga os Estados-Parte a garantir aos seus cidadãos o "melhor estado de saúde (...) possível de atingir".

Para tal, destaca-se a igualdade de acesso aos cuidados de saúde e o assegurar de garantias mínimas, ao nível da assistência médica em caso de doença<sup>118</sup>.

Resultou que os Governos interpretavam diferentemente as obrigações daí decorrentes, pelo que o Comité sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais, das Nações Unidas, emitiu uma recomendação, a Recomendação Geral nº 14, em 2000, que se pronuncia sobre o direito de toda a pessoa desfrutar do mais alto nível possível de saúde física e mental.

Constitui por isso uma forma de auxiliar os Estados, que se vincularam ao Pacto Internacional sobre Direitos Económicos, Sociais e Culturais, na aplicação concreta do seu art. 12º<sup>119</sup> e demonstra como a realização do "direito humano à saúde depende da realização de outros direitos humanos, incluindo o direito à vida, à alimentação, ao trabalho, à educação, à participação (...)"<sup>120</sup>. Esta Recomendação estabelece quatro critérios para avaliar o direito à saúde, a saber: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade.

A disponibilidade é entendida no sentido de que cada Estado deve contar com um número suficiente de instalações, bens e serviços públicos de saúde, assim como de políticas e programas. Os serviços referidos também abrangem aqueles que se ocupam dos determinantes básicos da saúde, como água limpa e potável, e condições sanitárias adequadas. Releva também o número de hospitais, clínicas e demais instalações relacionados com a saúde, pessoal médico, bem como medicamentos essenciais. A acessibilidade é o dever assumido pelos Estados de que

---

<sup>116</sup>Cfr. Wolfgang Benedek, *Compreender os Direitos Humanos: Manual de Educação Para os Direitos Humanos*, versão portuguesa coordenada por Vital Moreira e Carla Marcelino Gomes, 1ª Edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2014, p. 168.

<sup>117</sup>Cfr. Wolfgang Benedek, *Compreender...*, p. 169.

<sup>118</sup>ACNUDH, "O comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais", *in ficha Informativa Sobre Direitos humanos*, n.º 16, 2008, interp. nosso.

<sup>119</sup>Recomendação geral nº 14 do Comité DESC.

<sup>120</sup>Cfr. Wolfgang Benedek, *Compreender...*, p. 170, interpol. nosso.

as instalações, bens e serviços de saúde sejam acessíveis a todos, sem discriminação, acessibilidade física, acessibilidade económica e acesso à informação que compreende o direito de solicitar, receber e difundir informações e ideias. A aceitabilidade tem a ver com o respeito pela ética médica e padrões culturais por parte dos serviços de saúde. Por fim, a qualidade é entendida como a adequação das instalações, bens e serviços sob o ponto de vista científico e médico<sup>121</sup>.

Outro conceito suscetível a dúvidas decorre do disposto no art. 2º, nº 1, do PIDESC e aplicável ao direito à saúde, bem como a todos os direitos económicos, sociais e culturais. O art. 2º, nº1, dispõe que os "Estados-Parte (...) comprometem-se a agir com o seu esforço, quer com assistência e cooperação internacionais, especialmente nos planos económico e técnico, (...) de modo a assegurar progressivamente o pleno exercício dos direitos (...)".

A "obrigação progressiva" é muitas vezes entendida pelos Estados no sentido de que os direitos só terão de ser realizados quando atingem um determinado nível de desenvolvimento económico. Mas o que se pretende afirmar é o seguinte: seja qual for o respetivo nível de riqueza nacional, cada Estado ficará obrigado a agir, tão depressa quanto possível no sentido de concretizar os direitos económicos, sociais e culturais<sup>122</sup>.

Não consta do espírito desta disposição normativa que os Estados adiem indefinidamente esforços, no sentido de assegurarem o gozo de direitos previstos no Pacto a todos os seus cidadãos<sup>123</sup>.

Embora certos direitos se prestem a ser realizados de forma "progressiva", muitas das obrigações estabelecidas no Pacto, têm claramente de ser cumpridas de imediato, como é o caso da não discriminação e a obrigação dos Estados-Parte se absterem de violar ativamente, os direitos económicos, sociais e culturais ou de eliminar as proteções jurídicas destes direitos. O Comité DESC afirma a existência deste dever, independentemente de qualquer aumento dos recursos disponíveis, reconhecendo a obrigação de afetar todos os recursos existentes, da forma mais eficaz possível, à realização dos direitos consagrados no Pacto<sup>124</sup>.

Quanto ao conceito "(...) no máximo dos seus recursos disponíveis(...)", constante do mesmo artigo, relativo à "realização progressiva", também é por vezes invocado para justificar o não gozo dos direitos. Conforme reconhecido nos Princípios de Limburgo<sup>125</sup>, os Estados-Parte

---

<sup>121</sup>Cfr. Wolfgang Benedek, *Compreender os Direitos Humanos: Manual de Educação Para os Direitos Humanos*, versão portuguesa coordenada por Vital Moreira e Carla Marcelino Gomes, 1ª Edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2014, p. 170.

<sup>122</sup> ACNUDH, "O comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais", in *ficha Informativa Sobre Direitos humanos*, nº 16, 2008.

<sup>123</sup> ACNUDH, "O comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais", ..., 2008.

<sup>124</sup> ACNUDH, "O comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais", ..., 2008.

<sup>125</sup> Aprovados por um grupo de peritos em direito internacional, reunidos em Maastricht, Holanda, em 1986.

estão obrigados a garantir, a todas as pessoas, direitos mínimos indispensáveis à sua subsistência, independentemente do nível de desenvolvimento económico do país.

Relativamente às questões de segurança nacional, os Princípios de Limburgo (princípio 65), sobre a Implementação do PIDESC, sublinham que a violação sistemática prejudica a segurança nacional e pode comprometer a paz e a segurança internacionais, sendo que um Estado responsável por uma violação desse tipo, não poderá invocar motivos de segurança nacional como justificação para medidas destinadas a eliminar a oposição a essa violação ou a cometer práticas repressivas contra a sua população.

Referência ao direito à saúde pode também ser encontrada na Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres. Os artigos 10º, 12º e 14º, da CEDM, afirmam os direitos das mulheres no acesso a cuidados médicos, onde se inclui o planeamento familiar, a saúde reprodutiva, a gravidez e os serviços de cuidado de saúde familiar.

Por sua vez, o direito à saúde encontra-se previsto na Declaração de Pequim e na Plataforma de Ação (reunião de Pequim+10)<sup>126</sup>, de 2005, intitulada “Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz”, que veio confirmar o conteúdo da Declaração ocorrida em 1995.

Esta reunião realça o carácter holístico da saúde e a necessidade de incluir a total participação das mulheres na sociedade da seguinte forma: "a saúde das mulheres envolve o seu bem-estar emocional, social e físico e é determinado pelo contexto social, político e económico das suas vidas, assim como pela biologia. Para alcançar uma saúde ótima, a igualdade, incluindo a partilha de responsabilidades familiares, o desenvolvimento e a paz são condições necessárias".

A reunião de Pequim+10 identificou doze áreas de preocupação prioritária que transcrevemos: a crescente proporção de mulheres em situação de pobreza; a desigualdade no acesso à educação e à capacitação; a desigualdade no acesso aos serviços de saúde; a violência contra a mulher; os efeitos dos conflitos armados sobre a mulher; a desigualdade quanto à participação nas estruturas económicas, nas atividades produtivas e no acesso a recursos; a desigualdade em relação à participação no poder político e nas instâncias decisórias; a insuficiência de mecanismos institucionais para a promoção do avanço da mulher; as deficiências na promoção e proteção dos direitos da mulher; o tratamento estereotipado dos temas relativos à mulher nos meios de comunicação e a desigualdade de acesso a esses meios; a desigualdade de participação nas decisões sobre o manejo dos recursos naturais e a proteção

---

<sup>126</sup>Esta reunião decorreu em 2005 e teve o propósito de rever e apreciar os 10 anos da Declaração e Plataforma de Ação de Pequim (1995) e do documento resultante da 23ª Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas.

do meio ambiente; e a necessidade de proteção e promoção voltadas especificamente para os direitos das meninas<sup>127</sup>.

Das áreas de identificação prioritária, destacamos os objetivos estratégicos B.6 e C.1. O objetivo estratégico B.6., sob a epígrafe "Promover a educação e capacitação permanentes para meninas e mulheres", propõe uma série de medidas a adotar das quais destacamos a al. c) que refere que "a mulher tem o direito de desfrutar do mais elevado nível possível de saúde física e mental". O gozo deste direito é essencial para a sua vida e bem-estar, e para a sua capacidade de participar em todas as esferas da vida pública e privada. Como já referimos a saúde, não é só a ausência de enfermidade ou doença, mas sim um estado de pleno bem-estar físico, mental e social. A saúde da mulher inclui o seu bem-estar emocional, social e físico e contribuem para determinar a sua saúde tanto fatores biológicos quanto o contexto social, político e económico em que vive. Contudo, a maioria das mulheres não goza de saúde nem de bem-estar. O obstáculo principal, que impede a mulher de alcançar o mais alto nível possível de bem-estar é a desigualdade entre a mulher e o homem e entre mulheres de regiões geográficas, classes sociais e grupos indígenas e étnicos diferentes.

Em *fora* nacionais e internacionais, as mulheres têm destacado que a igualdade, inclusive na distribuição das obrigações familiares, o desenvolvimento e a paz, são condições necessárias para que possam gozar de ótima saúde durante todo o seu ciclo vital.

Por sua vez, o objetivo estratégico C.1, sob a epígrafe "promover o acesso da mulher durante toda a sua vida a serviços de atendimento à saúde, à informação e a serviços conexos adequados, de baixo custo e boa qualidade", propõe diversas medidas a adotar, das quais destacamos a al. b) que reafirma "o direito ao gozo de saúde física e mental no mais alto nível possível; proteger e promover o exercício desse direito pelas mulheres e meninas, incorporando-o nas legislações nacionais, por exemplo; rever a legislação em vigor, principalmente a legislação relativa ao atendimento à saúde e as políticas, quando necessário, para expressar o compromisso com a saúde da mulher e assegurar que responda às novas funções e responsabilidades da mulher, onde quer que residam"<sup>128</sup>.

Os objetivos estratégicos que enformam a Declaração, resultam num guia que permite a todos os Governos formular políticas e implementar programas que visem a promoção da igualdade entre homens e mulheres e erradiquem a discriminação.

Reportando-nos à Convenção sobre os Direitos das Crianças, as Nações Unidas demonstram, no seu preâmbulo, preocupação com a situação das crianças no mundo, em

---

<sup>127</sup>Declaração de Pequim e Plataforma de Ação de 1995 e cujo conteúdo foi reafirmado na reunião Pequim+ 10.

<sup>128</sup>Declaração de Pequim e Plataforma de Ação de 1995 e cujo conteúdo foi reafirmado na reunião Pequim+ 10.

resultado "(...) de situações sociais inadequadas, calamidades naturais, conflitos armados, exploração, analfabetismo, fome e deficiências (...)" e por ser seu compromisso com todos os seres humanos, devem promover o seu "(...) bem-estar e desenvolvimento".

Esta convenção apresenta um significado ético que se traduz nos seguintes princípios, a saber: o superior interesse e prioridade da criança; o desenvolvimento e autonomia progressiva; o amor e responsabilidade pelos direitos da criança.

Destacamos o art. 24º da Convenção, que no seu nº 1 reconhece às crianças "(...) o direito de gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de reeducação. Os Estados-Parte velam pela garantia de que nenhuma criança seja privada do direito de acesso a tais serviços de saúde".

Resultam das alíneas deste artigo, diversas medidas a serem adotadas para garantir o direito à saúde e que visam a redução da taxa de mortalidade, a prestação de assistência médica e cuidados de saúde necessários, o combate às doenças e à má nutrição, através dos cuidados de saúde primários, os cuidados de saúde a prestar às mães, os conhecimentos básicos em saúde a todos os grupos da população e desenvolvimento de cuidados preventivos de saúde.

## 2. Proteção do direito à saúde no contexto regional: a União Europeia e o Conselho da Europa

O Tratado Sobre o Funcionamento da União Europeia (TSFUE), no seu art. 5º, nº 3, refere que a "União tem competência para desenvolver ações destinadas a apoiar ou completar a ação dos Estados-Membros". Um dos domínios dessas ações "na sua finalidade europeia" são, nomeadamente a "proteção e melhoria da saúde humana".

Por sua vez o art. 168º, nº1, do Tratado, sob a epígrafe "A saúde pública" estabelece que em "(...) todas as políticas e ações da União será assegurado um elevado nível de proteção de saúde (...)". Ou seja as políticas da União serão complementares das políticas internas dos Estados-Membros e incidirão sobre melhoria da saúde pública; prevenção de doenças e afeções humanas; redução das causas de perigo para a saúde física e mental.

Também a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (CDFUE), prevê a proteção de um conjunto de direitos, entre os quais destacamos a saúde. Prevista no art. 35º, sob a epígrafe "Proteção da saúde" refere que "Todas as pessoas têm direito de aceder à prevenção em matéria de saúde e de beneficiar de cuidados médicos, de acordo com as legislações e práticas nacionais. Na definição e execução de todas as políticas e ações da União é assegurado um elevado nível de proteção de saúde humana", pelo que nos termos do art. 52º, relativo ao âmbito e interpretação dos direitos e princípios, refere no seu nº 1 que "Qualquer restrição ao exercício dos direitos e liberdades reconhecidos pela presente carta deve ser prevista por lei e respeitar o conteúdo essencial desses direitos e liberdades".

Em 2007, a Comissão Europeia apresentou uma nova abordagem estratégica em matéria de saúde para a UE, para o período 2008-2013 que designou de "Livro Branco". Visou-se reforçar a cooperação comunitária, nos domínios em que os Estados-Membros não podem agir sozinhos, assegurando uma maior compreensão da saúde a nível europeu e global e atribuir mais importância à saúde no conjunto das políticas<sup>129</sup>.

A estratégia definida pelo Livro Branco envolve a saúde em todos os sectores, fazendo num enquadramento único referência aos problemas de saúde da população no que respeita às alterações demográficas, às pandemias, ao bioterrorismo e às doenças associadas a estilos de vida pouco saudáveis<sup>130</sup>.

O Livro Branco propôs quatro princípios e três objetivos estratégicos. Os objetivos estratégicos visam: promover a saúde numa Europa em envelhecimento, proteger os cidadãos das ameaças para a saúde, promover sistemas de saúde dinâmicos e as novas tecnologias<sup>131</sup>.

Por sua vez os princípios visam uma estratégia baseada em valores partilhados, pelo que a Comissão e os Estados-Membros desenvolveram esforços conjuntos, com vista a definir uma abordagem dos sistemas de saúde da UE baseada em valores comuns que são a universalidade, o acesso a cuidados de qualidade, a equidade e a solidariedade.

Quanto ao primeiro princípio, uma estratégia baseada em valores partilhados: visa reduzir as desigualdades em saúde colocando os doentes no centro das atenções. A política de saúde deve assentar nos melhores conhecimentos científicos disponíveis, pelo que a Comissão deve reunir para o efeito dados comparáveis provenientes dos Estados-Membros, tornando-se por isso necessário um sistema de indicadores de saúde que preveja mecanismos comuns para a recolha de dados comparáveis a todos os níveis.

Quanto ao segundo princípio, a saúde enquanto riqueza: entende que uma população saudável depende da produtividade e prosperidade económica.

O terceiro princípio visa integrar a dimensão da saúde em todas as políticas, o que significa que a política de saúde não é a única política determinante em matéria de saúde. Há outras políticas essenciais como o ambiente, a investigação, a política regional, a regulamentação relativa aos produtos farmacêuticos e aos produtos alimentares, a coordenação dos regimes de segurança social e a fiscalidade sobre o tabaco. Por último, o quarto princípio visa reforçar a influência da UE no domínio da saúde a nível mundial pelo que o contributo da

---

<sup>129</sup><http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=URISERV%3Ac11579> (6/06/2016).

<sup>130</sup><http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=URISERV%3Ac11579> (6/06/2016).

<sup>131</sup><http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=URISERV%3Ac11579> (6/06/2016).

UE não se deve reduzir aos cidadãos dos Estados-Membros, mas também aos de países terceiros<sup>132</sup>.

A Estratégia Health 2020 (integrada nas políticas de coesão) é o novo quadro da política de saúde europeia e visa "melhorar significativamente a saúde e o bem-estar das populações, reduzir as desigualdades na saúde, fortalecer a saúde pública e garantir sistemas de saúde centrados nas pessoas, que devem ser universais, equitativos, sustentáveis e de alta qualidade". A boa saúde é vital para o desenvolvimento económico e social e suporta a recuperação económica e permite aos decisores políticos uma visão estratégica, um conjunto de prioridades e uma série de sugestões sobre o que funciona para melhorar a saúde, corrigir desigualdades e garantir a saúde das gerações futuras. Identifica ainda estratégias de ação que são adaptáveis a muitas realidades contextuais da Região Europeia da OMS<sup>133</sup>.

A nova estratégia justifica-se porque a Europa está a mudar em áreas que afetam a saúde e exigem novas formas de pensar/agir visto que todos os países estão a enfrentar desafios, motivados em grandes mudanças sociais, económicas, ambientais e demográficas.

Tais desafios prendem-se com o "agravamento das disparidades de saúde", isto porque a Região Europeia da OMS, como um todo, tem apresentado melhorias importantes na saúde, ao longo dos últimas décadas, mas, estas melhorias, não foram sentidas em todos os lugares e de igual forma por todos, ou seja, há desigualdades significativas na saúde e em muitos países essas desigualdades estão a agravar-se; "melhorar o bem-estar" através de políticas públicas, ou seja o aumento do bem-estar depende de maior competitividade e do progresso social medido pelo nível de coesão social, que compreende o respeito pela diversidade, segurança, equilíbrio trabalho-vida, boa saúde e boa educação; os "desafios económicos" dizem respeito à escassez de recursos na Região, pelo que a cooperação entre os Estados tem particular importância numa perspetiva de partilha de conhecimentos que se poderão traduzir em benefícios comuns para todos; "melhorar os valores e os direitos de saúde pública" tendo em conta a Constituição da OMS com vista a assegurar o mais alto nível possível de saúde, enquanto direito humano fundamental de todos, na região europeia<sup>134</sup>.

O Conselho de Ministros da Saúde (Council of European Union, 2011) reconheceu a "necessidade de garantir o acesso equitativo a serviços de saúde de alta qualidade,

---

<sup>132</sup><http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=URISERV%3Ac11579> (6/06/2016).

<sup>133</sup><http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020> (2/06/2016).

<sup>134</sup><http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020> (2/06/2016).



principalmente em circunstâncias de escassez de recursos, como forma de prevenir maior impacto da crise, mas também de alavancar o futuro desenvolvimento económico<sup>135</sup>.

Apesar das preocupações demonstradas pela União Europeia e do compromisso assumido pelos ministros da saúde dos estados membros, em garantir um acesso equitativo à saúde, não deixa de merecer particular atenção esta recomendação e as exigências do PAEF aplicado no período 2011-2014 e acertadas com o governo Português<sup>136</sup>.

Ainda no plano europeu, o Conselho da Europa (CoE)<sup>137</sup>, organização internacional pioneira em matéria de cooperação jurídica, tem desempenhado um importante papel na modernização e harmonização das legislações nacionais, no respeito pela democracia, pelos direitos humanos e pelo Estado de Direito. As suas atividades neste domínio privilegiam a busca de soluções comuns para tornar a justiça mais eficaz e resolver os novos problemas jurídicos e éticos que se colocam às sociedades modernas<sup>138</sup>.

Para o CoE, a saúde constitui um valor importante a proteger pelo que em 2012-2013 desenvolveu um projeto intitulado "Plataforma de consulta dos cidadãos sobre o direito à proteção da saúde", sob a supervisão do Comité Europeu para a Coesão Social. O objetivo deste projeto consistiu na melhoria e proteção da saúde, através da "Alfabetização e Educação em Saúde".

No seio do Conselho da Europa (CoE) celebrou-se a convenção internacional designada Carta Social Europeia (CSE), em 4 de novembro de 1950, sendo posteriormente adotada, a 18 de outubro de 1961, em Turim, tendo em vista a proteção dos direitos económicos, sociais e culturais a nível europeu. A entrada em vigor verificou-se em 1965 e foi complementada por três protocolos adicionais e pela Carta Social Europeia Revista (CSEr), que se pretende que a venha a substituir quando todos os Estados signatários da Carta de 1961 a ela aderirem. Por último, a Carta Social Europeia Revista, de 3 de maio de 1996 e que entrou em vigor em 1 de setembro de 1999, não é uma emenda ou um protocolo adicional à Carta, mas uma convenção internacional autónoma, ainda que complementar da CSE, o que significa que qualquer Estado Membro do Conselho da Europa pode a ela aderir, independentemente de ter sido Estado signatário da CSE<sup>139</sup>.

---

<sup>135</sup>A Enfermagem e as Leis, "Relatório da Primavera 2015", [www.aenfermagemasleis.pt/2015/06/16/relatorio-de-primavera-do-observatorio-portugues-dos-sistemas-de-saude-opss-2015/#axzz3xQ08YStM](http://www.aenfermagemasleis.pt/2015/06/16/relatorio-de-primavera-do-observatorio-portugues-dos-sistemas-de-saude-opss-2015/#axzz3xQ08YStM) (30/11/2015).

<sup>136</sup>A Enfermagem e as Leis, "Relatório da Primavera 2015", [www.aenfermagemasleis.pt/2015/06/16/relatorio-de-primavera-do-observatorio-portugues-dos-sistemas-de-saude-opss-2015/#axzz3xQ08YStM](http://www.aenfermagemasleis.pt/2015/06/16/relatorio-de-primavera-do-observatorio-portugues-dos-sistemas-de-saude-opss-2015/#axzz3xQ08YStM) (30/11/2015).

<sup>137</sup>Fundado a 5 de Maio, de 1949 e constitui a mais antiga instituição europeia em funcionamento, [https://pt.wikipedia.org/wiki/Conselho\\_da\\_Europa](https://pt.wikipedia.org/wiki/Conselho_da_Europa) (16/09/2016).

<sup>138</sup><http://www.gddc.pt/cooperacao/materia-civil-comercial/conselho-europa.html> (16/09/2016).

<sup>139</sup>Cfr. Benedita Mac Crorie "A Carta Social Europeia", in Ana Paula Brandão, Francisco Pereira Coutinho, Isabel Camisão, Joana Rita Abreu (coord.), *Enciclopédia da União Europeia*, (no prelo).

A Carta Revista visou essencialmente atualizar a Carta de 1961, o que faz revendo o conteúdo dos direitos nela previstos bem como no Protocolo de 1988 e, por outro lado, através da introdução de novos direitos económicos e sociais. Portugal ratificou a Carta em 30 de setembro de 1991, vinculando-se ao respeito de todas as suas disposições e está também sujeito ao mecanismo de reclamações coletivas, uma vez que ratificou o Protocolo de 1995, em 20 de março de 1998. Este Protocolo entrou em vigor em 1 de julho de 1998 e Portugal foi o primeiro país a ser objeto de uma reclamação coletiva: a Reclamação n.º 1/1998 da Comissão Internacional dos Juristas. Em 30 de maio de 2001 ratificou a Carta Revista<sup>140</sup>.

Nos termos do art.º 11.º, da Carta Social Europeia Revista (CSER), sob a epígrafe "O direito à protecção da saúde", a educação para a saúde deve ser uma prioridade da política de saúde pública. Com vista a assegurar o exercício efetivo do direito à protecção da saúde, as Partes comprometem-se, diretamente ou em cooperação com organizações públicas ou privadas, a tomar medidas adequadas destinadas *inter-alia* a: fornecer aconselhamento e instalações educacionais para a promoção da saúde e do encorajamento da responsabilidade individual em matéria de saúde; evitar, tanto quanto possível epidemias, doenças endémicas e outras, assim como acidentes".

Por sua vez, a Convenção dos Direitos Humanos e da Biomedicina, adotada em Oviedo, em abril de 1997, é o primeiro texto internacional juridicamente vinculativo concebido para preservar a dignidade humana, os direitos e liberdades, através de uma série de princípios e proibições contra o uso indevido dos avanços médicos e biológicos. O ponto de partida da Convenção é que os interesses dos seres humanos devem sobrepor-se à ciência e à sociedade. Estabelece uma série de princípios e proibições relativas à bioética, pesquisa médica, o consentimento, direitos à vida privada e à informação, transplante de órgãos, entre outros<sup>141</sup>.

O art. 28º da Convenção, sob o título "Debate Público" refere que "As Partes na presente Convenção zelam para que as questões fundamentais suscitadas pelo desenvolvimento da biologia e da medicina sejam objecto de um debate público adequado, à luz das implicações médicas, sociais, económicas, éticas e jurídicas pertinentes, e que as suas possíveis implicações sejam objecto de consultas apropriadas"<sup>142</sup>.

---

<sup>140</sup>Cfr. Benedita Mac Crorie "A Carta Social Europeia", in Ana Paula Brandão, Francisco Pereira Coutinho, Isabel Camisão, Joana Rita Abreu (coord.), *Enciclopédia da União Europeia*, (no prelo).

<sup>141</sup><http://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164> (8/10/2016).

<sup>142</sup>[http://www.coe.int/t/dg3/health/default\\_en.asp](http://www.coe.int/t/dg3/health/default_en.asp) (2/06/2016).

### 3. Proteção da saúde em Portugal

#### 3.1. A proteção constitucional

##### 3.1.1. A dignidade da pessoa humana

A Constituição Portuguesa reconhece o princípio da dignidade do ser humano no art. 1º, da seguinte forma: "Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária"; este princípio que nos propomos tratar, constitui juntamente com a vontade popular, a "base" da República, pelo que o sentido que lhe deve ser atribuído, deve ser objetivo, na "(...) medida em que nele vai incluído algo mais que um direito (...) "<sup>143</sup> e um conteúdo amplo, por "(...) não ter densidade suficiente para ser fundamento direto de posições jurídico-subjetivas"<sup>144</sup>.

O princípio da dignidade do ser humano "confere ao sistema constitucional unidade e coerência de sentido (...) "<sup>145</sup> e é dotado de uma multifuncionalidade, na medida em que pode ser um princípio fundamentante e gerador de outras normas, por exercer função de interpretação e integração das normas e por ser possível invocá-lo diretamente<sup>146</sup>.

Referência expressa à dignidade encontra-se desde logo no art. 13º, sob a epígrafe do princípio da igualdade, reconhecendo a todos os cidadãos "a mesma dignidade social..."; também o art. 26º, nº2 lhe faz referência quando se obriga o legislador a estabelecer garantias efetivas contra a obtenção e utilização de informações relativas às pessoas e às famílias num sentido contrário à dignidade e no art. 26º, nº3, onde se lhe impõe a incumbência de garantir a "dignidade pessoal e a identidade genética do ser humano..."; por sua vez, o art. 67º, nº2, no âmbito da proteção à família, incumbe o Estado de "regulamentar a procriação medicamente assistida, em termos que salvaguardam a dignidade da pessoa humana" e ainda as referências à "existência condigna", às condições de trabalho "socialmente dignificantes" no art. 59º, nº1 e à possibilidade de os tribunais poderem determinar o carácter não público das audiências para "salvaguarda da dignidade das pessoas" previsto no art. 206º.

O facto de a CRP fazer inúmeras referências à dignidade humana, significa para Reis Novais que "(...) há nestes diferentes enunciados normativos um irrecusável reconhecimento

---

<sup>143</sup>Cfr. Maria Lúcia Amaral, "O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana na Jurisprudência Constitucional Portuguesa", in *AAVV Liber Amicorum de José de Sousa e Brito*, em comemoração do 70º aniversário, Coimbra, Almedina, 2009, pp. 947 e 948.

<sup>144</sup>Cfr. Maria Lúcia Amaral, "O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana...", 2009, pp. 948, interp. nosso.

<sup>145</sup>Cfr. Maria Lúcia Amaral, "O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana...", 2009, pp. 948, interp. nosso.

<sup>146</sup>Cfr. Benedita Mac Crorie, "O Recurso ao Princípio da Dignidade da Pessoa Humana na Jurisprudência do Tribunal Constitucional", in *Estudos em comemoração do Décimo Aniversário da Licenciatura em Direito da Universidade do Minho*, Coimbra, Almedina, 2003, p. 173.

de uma dimensão jurídico-constitucional da dignidade da pessoa humana"<sup>147</sup>. Para o mesmo autor, num Estado Social de Direito "(...) o Estado está não apenas obrigado a respeitar, mas também a proteger e a promover os valores constitucionais (...) "<sup>148</sup>, ou seja "(...) direta ou indiretamente, a dignidade da pessoa humana acaba a produzir consequências jurídicas em todos os planos e domínios relevantes da ordem jurídica, tanto nas relações entre o Estado e os particulares quanto nas relações horizontais entre estes"<sup>149</sup>.

Pretendemos realçar ainda que apesar de o nosso estudo versar, no presente capítulo, sobre princípios constitucionais, como o princípio da igualdade e o da proporcionalidade, o princípio da dignidade da pessoa humana não surge, como um de entre os princípios enumerados, mas "como base em que assenta a República"<sup>150</sup> e "há-de ter (...) consequências normativas relevantes e correspondentes ao lugar especial que lhe foi reservado na Constituição"<sup>151</sup>.

O princípio da dignidade da pessoa humana vem consagrado no art. 1º da Constituição, sendo por isso "(...) elevado à qualidade de base ou alicerce em que assenta todo o edifício constitucional" e "(...) constitucionalmente reconhecido como o princípio dos princípios"<sup>152</sup>, pelo que atingir a dignidade da pessoa humana seria "afetar um valor absoluto do Estado de Direito, pôr em causa um pilar em que assenta toda a ordem jurídico-constitucional (...) "<sup>153</sup>.

Progressivamente acolhido pelas diversas constituições (constituição finlandesa, constituição de Weimar, ambas de 1919), o princípio da dignidade da pessoa humana, em que assenta o Estado de Direito, apresentava um significado diverso daquele que é hoje atribuído pelas novas Constituições, ou seja, era entendido como um objetivo programático da existência de vida humana digna para todos<sup>154</sup>, o que nos leva a concluir que é um princípio em constante evolução, influenciado por questões históricas e culturais<sup>155</sup>.

Acresce ainda que por apresentar uma "fórmula vazia" pode ser utilizado quer de "(...) forma a potenciar quer de forma a limitar a liberdade individual, se utilizado de forma paternalista pelo Estado"<sup>156</sup>, pelo que o direito ao livre desenvolvimento da personalidade,

---

<sup>147</sup>Cfr. Jorge Reis Novais, *A Dignidade da Pessoa Humana: Dignidade e Direitos Fundamentais*, Volume I, Coimbra, Almedina, 2015, p.18.

<sup>148</sup>Cfr. Jorge Reis Novais, *A Dignidade ...*, p. 18.

<sup>149</sup>Cfr. Jorge Reis Novais, *A Dignidade....*, p.18.

<sup>150</sup>Cfr. Jorge Reis Novais, *A Dignidade ...*, p.19.

<sup>151</sup>Cfr. Jorge Reis Novais, *A Dignidade ...*, p.20, interpol. nosso.

<sup>152</sup>Cfr. Jorge Reis Novais, *A Dignidade ...*, p. 20, interpol. nosso.

<sup>153</sup>Cfr. Jorge Reis Novais, *A Dignidade ...*, p. 22, interpol. nosso.

<sup>154</sup>Cfr. Jorge Reis Novais, *A Dignidade ...*, p. 48.

<sup>155</sup>Cfr. Benedita Mac Crorie, "O Recurso ao Princípio da Dignidade da Pessoa Humana na Jurisprudência do Tribunal Constitucional", in *Estudos em comemoração do Décimo Aniversário da Licenciatura em Direito da Universidade do Minho, Coimbra*, Almedina, 2003, p. 173.

<sup>156</sup>Cfr. Benedita Mac Crorie, "O Recurso ao Princípio da Dignidade da .....", 2003, p. 173, interpol. nosso.

previsto na CRP está associado ao conceito de pessoa enquanto ser livre, autónomo, e responsável o que implica que através do conceito da dignidade, não se lhe possa impor a adoção de comportamentos dominantes na sociedade, devendo antes reconhecer-se e ter em consideração a sua experiência e os projetos de vida que idealizou<sup>157</sup>.

Em Portugal, só em 1951, com a revisão Constitucional, a tarefa do Estado passou a ser a de assegurar (às classes sociais mais desfavorecidas) um nível de vida compatível com a dignidade humana<sup>158</sup> e a revisão constitucional de 1971, passou a "assegurar a todos os cidadãos um nível de vida de acordo com a dignidade humana"<sup>159</sup>. A Constituição de 1976 é a primeira Constituição portuguesa a expressamente declarar a dignidade da pessoa humana a base de todo o ordenamento jurídico e da República e adquire verdadeiramente força normativa.

Foi a partir da segunda guerra mundial que este princípio jurídico-constitucional, em que assenta o Estado de Direito, passou a ser acolhido em resultado da tomada de consciência humanitária e esforço das Nações Unidas<sup>160</sup>.

O preâmbulo da Carta das Nações Unidas, refere "Nós os povos das Nações Unidas, decididos a (...) reafirmar a (...) fé nos direitos fundamentais do homem, na dignidade e no valor da pessoa humana (...)".

Por sua vez, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, no seu preâmbulo considera que "(...) o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo" e o art. 1º "Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos". A mesma Declaração faz ainda menção à dignidade, nos seus artigos 22º e 23º, nº3.

Deve notar-se que "quando as Constituições de Estados de Direito não consagram expressamente o princípio, as jurisdições constitucionais e o poder judicial assumem-no progressivamente como parâmetro implícito de decisão e de interpretação constitucional"<sup>161</sup>.

A jurisprudência do Tribunal Constitucional, com duas décadas, apresenta traços unificadores e tendências constantes, sendo que em relação a esta última, o Tribunal tem sido

---

<sup>157</sup>Cfr. Benedita Mac Crorie, " O Recurso ao Princípio da Dignidade da Pessoa Humana na Jurisprudência do Tribunal Constitucional", in *Estudos em comemoração do Décimo Aniversário da Licenciatura em Direito da Universidade do Minho, Coimbra*, Almedina, 2003, p. 173 e 174, interpol. nosso.

<sup>158</sup>Cfr. Jorge Reis Novais, *A Dignidade da Pessoa Humana: Dignidade e Direitos Fundamentais*, Volume I, Coimbra, Almedina, 2015, p. 49.

<sup>159</sup>Cfr. Jorge Reis Novais, *A Dignidade...*, pp.49 e 50.

<sup>160</sup>Cfr. Jorge Reis Novais, *A Dignidade ...*, p. 50.

<sup>161</sup>Cfr. Jorge Reis Novais, *A Dignidade ...*, p.52.

prudente, na definição do que deve ser a dignidade da pessoa humana e parcimonioso, na definição do conteúdo do princípio e na avaliação da sua densidade normativa<sup>162</sup>.

Reis Novais entende que quando o princípio da dignidade da pessoa humana está formalmente acolhido na Constituição, revela uma dupla vertente, ou seja, para além de ter a qualidade de um valor moral legitimador da força normativa da Constituição de um Estado de Direito material, transforma-se também em princípio que vincula toda a atuação do poder do Estado<sup>163</sup>.

O reconhecimento constitucional, da ideia e do princípio, está associado ao reconhecimento simultâneo dos direitos fundamentais, enquanto garantias jurídicas de nível constitucional que se impõem a todos os poderes do Estado<sup>164</sup>. A dignidade da pessoa humana desenvolve-se, concretiza-se e densifica-se através das normas de direitos fundamentais<sup>165</sup>.

Os direitos fundamentais são respostas político-jurídicas a experiências concretas de opressão e de injustiça e daí, o seu carácter histórico e socialmente situado, como também de realização inacabada<sup>166</sup>.

A conceção da dignidade como fundamento dos direitos fundamentais tem consequências de ordem prática em vários sentidos. Por um lado a dignidade da pessoa humana é elevada "(...) a fonte de interpretação do sentido normativo das disposições constitucionais de direitos fundamentais e em critério de orientação da solução judicial de conflitos envolvendo direitos fundamentais" por outro lado "(...) o critério último da abertura material do catálogo constitucional de direitos fundamentais a novos direitos"<sup>167</sup>e " (...) reforça a ideia de indivisibilidade dos direitos fundamentais e faz deles critérios de interpretação do sentido normativo que deve ser reconhecido à dignidade da pessoa humana"<sup>168</sup>.

O fundamento e justificação da indivisibilidade dos direitos fundamentais, baseia-se na ideia de dignidade, em contextos como o nosso, em que se resiste a reconhecer aos direitos sociais a natureza de direitos fundamentais, mesmo quando constitucionalmente consagrados<sup>169</sup>.

---

<sup>162</sup>Cfr. Maria Lúcia Amaral, "O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana na Jurisprudência Constitucional Portuguesa", in AAVV, *Liber Amicorum de José de Sousa e Brito, em comemoração do 70º aniversário*, Coimbra, Almedina, 2009, pp. 948, interp. nosso.

<sup>163</sup>Cfr. Jorge Reis Novais, *A Dignidade da Pessoa Humana: Dignidade e Direitos Fundamentais*, Volume I, Coimbra, Almedina, 2015, p. 60.

<sup>164</sup>Cfr. Jorge Reis Novais, *A Dignidade ...*, p. 67.

<sup>165</sup>Cfr. Jorge Reis Novais, *A Dignidade ...*, p. 67.

<sup>166</sup>Cfr. Jorge Reis Novais, *A Dignidade ...*, p. 71.

<sup>167</sup>Cfr. Jorge Reis Novais, *A Dignidade ...*, p.72, interpol. nosso.

<sup>168</sup>Cfr. Jorge Reis Novais, *A Dignidade ...*, p.72, interpol. nosso

<sup>169</sup>Cfr. Jorge Reis Novais, *A Dignidade ...*, p. 75.

Uma constituição que prevê direitos sociais, como direitos fundamentais remete para um conceito de dignidade vigente e que é próprio de um Estado Social de Direito<sup>170</sup>.

Para além da relação de indivisibilidade entre dignidade e direitos fundamentais, há ainda, uma relação de interdependência entre dignidade e direitos fundamentais, isto porque "dignidade da pessoa humana tem sempre a ver com direitos fundamentais"<sup>171</sup>.

Os princípios constitucionais, além de "(...) constituírem pautas de controlo e conformação judicial da atuação do Estado, (...) desempenham também um papel, enquanto padrões de controlo de atuação ou de omissão estatais restritivas dos direitos fundamentais"<sup>172</sup>. Sem eles os "(...) órgãos judiciais ou jurisdicionais não disporiam de outros critérios objetivos e eficazes de verificação da constitucionalidade das restrições dos direitos fundamentais"<sup>173</sup>.

Impõe-se saber como opera o princípio da dignidade da pessoa humana na efetivação do direito à saúde, isto porque todas as pessoas têm a mesma dignidade mas no caso das DAI os doentes têm sido sistematicamente ignorados pelas políticas públicas.

A dignidade da pessoa humana é uma qualidade inerente ao ser humano, já que todos são iguais em dignidade, no sentido de serem reconhecidos enquanto pessoas, não sendo por isso necessário que o ordenamento jurídico o afirme e este princípio é usado como parâmetro para que os tribunais fundamentem as suas decisões, mesmo que não previsto na constituição.

Por sua vez, o princípio da dignidade da pessoa humana impõe ao Estado, além dos deveres de respeito e proteção, a obrigação de promover as condições que viabilizem e removam obstáculos que impeçam as pessoas de viver com dignidade. A omissão desta obrigação que decorre da constituição, significa que o Estado não promoveu as condições a que estava obrigado, para garantir o direito, neste caso o direito à saúde e conseqüentemente à proteção da vida<sup>174</sup>.

O direito fundamental à inviolabilidade da vida humana é intrínseco ao direito à proteção da saúde, pelo que para se proteger a vida tem de se proteger a saúde<sup>175</sup>. Caso o Estado não preste os cuidados de saúde indispensáveis a que está obrigado, poderá ser responsabilizado/condenado por ter ignorado os direitos dos pacientes.

---

<sup>170</sup>Cfr. Jorge Reis Novais, *A Dignidade da Pessoa Humana: Dignidade e Direitos Fundamentais*, Volume I, Coimbra, Almedina, 2015, p. 77.

<sup>171</sup> Cfr. Jorge Reis Novais, *A Dignidade ...*, p. 78.

<sup>172</sup>Cfr. Jorge Reis Novais, *A Dignidade ...*, p. 181, interpol. nosso.

<sup>173</sup>Cfr. Jorge Reis Novais, *A Dignidade ...* p. 181, interpol. nosso.

<sup>174</sup>Cfr. Vitória Dantas Silva, "A Dignidade da Pessoa Humana e o Direito à Saúde", s/d, <http://www.webartigos.com/artigos/a-dignidade-da-pessoa-humana-e-o-direito-a-saude/123541/> (17/09/2016).

<sup>175</sup>Cfr. João Miguel Pulquério de Paula, "O Direito à Saúde: Reflexões sobre a sua *fundamentalidade*", in *Pensar Enfermagem*, n.º 1, vol. 16, 2012, p. 55.

Neste sentido, uma notícia de fevereiro de 2015 dá conta da falta de medicamentos para os pacientes com hepatite c, para evitar a progressão da doença e consequente morte. Tal facto, resultou das difíceis negociações entre o ministério da saúde e as farmacêuticas, relativas ao preço dos medicamentos<sup>176</sup>. Os interesses aparentemente superiores ou egoístas do ministério e das farmacêuticas colidiram com o dever de respeitar os direitos dos doentes portadores da hepatite c.

Decorrido este evento e tornado público pela comunicação social, a situação foi desbloqueada por se entender que estava a ser negado o acesso à saúde e consequentemente a ser violado o conteúdo essencial ou mínimo do direito à saúde.

Este direito, ao mínimo de existência condigna, resulta como um direito fundamental que se pode retirar do princípio da dignidade do ser humano enquanto afloramento da ideia de Estado de Direito Democrático e é entendido como um direito análogo aos direitos liberdades e garantias<sup>177</sup>.

No que respeita aos doentes autoimunes parece-nos ser possível equacionar situações nas quais o conteúdo essencial e/ou o mínimo a uma existência condigna possam estar a ser postos em causa atendendo às circunstâncias concretas no acesso à saúde conforme previsto na CRP.

A conexão entre o direito à saúde e o princípio da dignidade do ser humano, reside no facto de que a dignidade é também concretizada pela proteção do gozo da saúde, ou seja, o princípio da dignidade da pessoa é materializado numa altura de doença e fragilidade. Existe assim, uma grande proximidade entre o princípio da dignidade humana e o direito à saúde<sup>178</sup>.

O conteúdo mínimo (ou conteúdo essencial) dos direitos sociais deve ser, segundo Benedita Mac Crorie, determinado a partir do princípio da dignidade da pessoa humana e trata-se de um mínimo do direito que é exigível para que as pessoas possam viver de facto uma vida digna<sup>179</sup>.

A determinação do conteúdo mínimo torna-se mais fácil nos casos em que tenha já havido concretização legislativa de um direito e especialmente quando a consciência jurídica da comunidade interiorizou o que deve ser considerado o mínimo desse mesmo direito. Por outro

---

<sup>176</sup><http://www.tvi24.iol.pt/sociedade/hepatite-c/senhor-ministro-nao-me-deixe-morrer> (17/09/2016).

<sup>177</sup>Catarina Santos Botelho designa-o como um direito de "tipo híbrido", por conter características dos direitos de liberdade e dos direitos sociais, sendo compreendido como um direito de defesa contra o Estado e como um direito a prestações positivas, cfr. Catarina Santos Botelho, *Os Direitos Sociais em Tempos de Crise: ou visitar as normas programáticas*, Coimbra, Almedina, 2015, pp. 332 a 335, itálico no original.

<sup>178</sup>Cfr. João Miguel Pulquério de Paula "O Direito à Saúde: Reflexões sobre a sua fundamentalidade", *Pensar Enfermagem*, nº 1, Vol. 16, 2012, [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE16-2\\_Artigo3\\_51-61.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE16-2_Artigo3_51-61.pdf) (18/09/2016).

<sup>179</sup>Cfr. Benedita Mac Crorie, "Os Direitos Sociais em Crise?", in *Encontro de Professores Portugueses de Direito Publico* (coord. Pedro Gonçalves, Carla Amado Gomes, Helena Melo e Filipa Calvão), ICPJ/FDUL, Lisboa, 2013, p. 39.



lado, na determinação do conteúdo essencial dos direitos é fundamental concretizar um pouco mais o princípio da dignidade. Este princípio tem uma ligação muito estreita com a autonomia individual e com o princípio da igualdade<sup>180</sup>.

Jorge Reis Novais associa o princípio da realização de um mínimo com o princípio da dignidade da pessoa, sendo que considera existir uma violação da dignidade quando a pessoa seja colocada numa situação que não lhe permita "as condições mínimas de autodeterminação pessoal"<sup>181</sup>.

As condições mínimas de autodeterminação pessoal deverá ser o critério para aferir o conteúdo mínimo dos direitos, visto que não há verdadeira liberdade quando essas condições mínimas não são asseguradas<sup>182</sup>.

Inspirada no livro *Creating capabilities: the Human Development Approach*, de Martha Nussbaum, Benedita Mac Crorie corrobora a ideia que certas condições de vida proporcionam às pessoas uma vida que é merecedora da dignidade que elas possuem<sup>183</sup>.

### 3.1.2.A igualdade

O princípio da igualdade, consagrado no art. 13º da CRP, afirma que "todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei". Este princípio, é um dos princípios gerais e estruturantes do sistema constitucional e na opinião de Gomes Canotilho e Vital Moreira conjuga "as dimensões liberais, democráticas e sociais inerentes ao conceito de Estado de Direito Democrático e Social"<sup>184</sup>.

Segundo os autores, a dimensão liberal traduz-se na igualdade de todos perante a lei, independentemente do seu estatuto e nascimento; a dimensão democrática traduz-se na proibição das discriminações, na participação política, no acesso ao poder político e a cargos públicos; por último a dimensão social impõe a eliminação de desigualdades económicas, sociais e culturais<sup>185</sup>.

Nesta última dimensão confronte-se o disposto no art. 9º, al. d), da CRP, sob a epígrafe "Tarefas fundamentais do Estado" que diz o seguinte "Promover o bem-estar e a qualidade de

---

<sup>180</sup>Cfr. Benedita Mac Crorie, "Os Direitos Sociais em Crise?", in *Encontro de Professores Portugueses de Direito Publico* (coord. Pedro Gonçalves, Carla Amado Gomes, Helena Melo e Filipa Calvão), ICPI/FDUL, Lisboa, 2013, pp. 39 e 40.

<sup>181</sup>Cfr. Jorge Reis Novais, *Direitos Sociais: Teoria Jurídica dos Direitos Sociais Enquanto Direitos Fundamentais*, Coimbra, Coimbra Editora, 2010, p. 308.

<sup>182</sup>Cfr. Benedita Mac Crorie, "Os Direitos Sociais em Crise?" ..., p. 40.

<sup>183</sup>Cfr. Benedita Mac Crorie, "Os Direitos Sociais em Crise?" ..., p. 41.

<sup>184</sup>Cfr. J.J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, *Constituição da República Portuguesa Anotada*, vol.I, 4ª edição revista reimpressão, Coimbra, Coimbra Editora, 2014, pp. 336 e ss.

<sup>185</sup>Cfr. J.J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, *Constituição da República...*, p. 337.

vida do povo e a igualdade real entre os portugueses, bem como a efetivação dos direitos económicos, sociais, culturais e ambientais, mediante a transformação e modernização das estruturas económicas e sociais".

Com as dimensões referidas, o princípio da igualdade é estruturante do Estado de Direito Democrático e Social, porque "impõe igualdade na aplicação do direito, garante a igualdade de participação na vida política da coletividade e de acesso aos cargos públicos e funções políticas e exige a eliminação das desigualdades de facto para se assegurar uma igualdade material no plano económico, social e cultural"<sup>186</sup>.

Desta forma, o princípio da igualdade assegura a todos os cidadãos proteção contra formas de atuação dos poderes públicos desiguais e injustificadas. Este princípio mais não é do que um corolário da igual dignidade humana de todas as pessoas independentemente da sua condição económica, social, cultural e política, proibindo todas as formas de tratamento discriminatório<sup>187</sup>.

Quer isto dizer que em matéria de direitos e deveres todos se encontram na mesma posição. O princípio da igualdade consiste no seguinte: por um lado, proibição de privilégios e benefícios no gozo de direitos ou na isenção de deveres, por outro, proibição de prejuízo na privação de qualquer direito ou na imposição de qualquer dever<sup>188</sup>.

O âmbito de proteção do princípio da igualdade abrange na ordem constitucional portuguesa as seguintes dimensões: proibição do arbítrio, proibição da discriminação e obrigação de diferenciação<sup>189</sup>.

Relativamente à proibição do arbítrio, o princípio da igualdade exige um tratamento igual de situações de facto iguais e um tratamento diferente de situações diferentes. Nestes casos, a violação do princípio reconduz-se à desigualdade de tratamento de um grupo de destinatários da norma em relação a outros grupos de destinatários, apesar de não existir qualquer diferença que justifique um tratamento diverso<sup>190</sup>.

A proibição da discriminação, prevista no art. 26º, nº1 da CRP, diz que "a todos são reconhecidos os direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e reputação, à imagem, à palavra, à reserva da intimidade da vida privada e familiar e à proteção legal contra quaisquer formas de discriminação".

---

<sup>186</sup>Cfr. J.J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, *Constituição da República Portuguesa Anotada*, vol.I, 4ª edição revista reimpressão, Coimbra, Coimbra Editora, 2014, p. 337.

<sup>187</sup>Cfr. J.J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, *Constituição da República ...*, pp. 337 e 338.

<sup>188</sup>Cfr. J.J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, *Constituição da República...*, p. 338.

<sup>189</sup>Cfr. J.J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, *Constituição da República...*, p. 339.

<sup>190</sup>Cfr. J.J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, *Constituição da República...*, p. 340.

Gomes Canotilho e Vital Moreira defendem que o Tribunal Constitucional, nas suas decisões, continua a assinalar que o princípio da igualdade "obriga a que se trate por igual o que for necessariamente igual e como diferente o que for essencialmente diferente, não impedindo a diferenciação de tratamento, mas as discriminações arbitrárias e irrazoáveis (...)"<sup>191</sup>.

As desigualdades económicas, sociais e culturais, devem ser corrigidas através dos poderes públicos, com o propósito de se assegurar uma igualdade jurídico-material, dando dessa forma sentido à função social do princípio da igualdade<sup>192</sup>.

A Constituição reconhece um catálogo de direitos fundamentais que visam garantir e efetivar o princípio material da igualdade, sendo disso exemplo: o art. 26º, nº1, o art. 36º, nºs 1, 3, e 4), o art. 47º, o art. 58º, nº2, al.) b, e ainda os artigos 48º, 50º e 109º.

Cristina Queiroz questiona se a Constituição prevê unicamente um princípio de igualdade ou se existe um direito fundamental à igualdade e concluiu que se se "considerar o princípio da igualdade como um autêntico direito fundamental de igualdade" aplica-se "a regra da eficácia direta dos direitos, liberdades e garantias nas relações com os particulares (art. 18º, nº 1), e o princípio geral da igualdade pode ser visto como uma garantia acrescida de proteção contra discriminações estruturais"<sup>193</sup>.

Na própria sistematização da Constituição, o princípio da igualdade está enquadrado no título I, relativo aos princípios gerais e por sua vez, o direito à igualdade, nos títulos II e III, pelo que concluímos que a Constituição reconhece um conjunto de direitos fundamentais à igualdade, que enumerámos atrás com o propósito de garantir e efetivar o princípio material da igualdade.

Cumpramos ainda referir que a Constituição (na sua versão original) não incluía a proibição de discriminação em função do sexo ao lado de outras proibições de discriminação do art. 13º, e também não lhe dedicava uma norma especial, como o faziam outras Constituições que a influenciaram, como é o caso da Constituição Alemã. Só a Lei constitucional 1/97 (4ª Revisão da Constituição) deu relevo a essa dimensão da igualdade e à proibição de discriminação no exercício de direitos civis e políticos. Qualquer discriminação baseada no sexo tem de ser justificada<sup>194</sup>.

Questão pertinente e a que pretendemos responder é a seguinte: se nos termos do art. 13º, nº2 "ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito

---

<sup>191</sup>Cfr. J.J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, *Constituição da República Portuguesa Anotada*, vol.I, 4ª edição revista reimpressão, Coimbra, Coimbra Editora, 2014, p. 341, interpol. nosso.

<sup>192</sup>Cfr. J.J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, *Constituição da República...*, pp. 341 e 342.

<sup>193</sup>Cfr. Cristina Queiroz, *Direitos Fundamentais*, 2ª Edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2010, pp. 127 e 128.

<sup>194</sup>Cfr. J.J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, *Constituição da República ...*, p. 343, interpol. nosso.

ou isento de qualquer dever (...)” como opera o princípio da igualdade na efetivação do direito à saúde, sendo que a crise que Portugal enfrentou terá atingido o direito à saúde, por via dos cortes na despesa na área da saúde, e nas assimetrias entre as regiões?

Certo será afirmar que os portugueses residentes nas regiões do interior, menos desenvolvidas e dotadas de menos infraestruturas, mantêm as suas obrigações perante o Estado, sem qualquer garantia na igual efetivação de direitos fundamentais, nomeadamente, no direito à saúde. No caso particular dos doentes autoimunes constata-se que as consultas destinadas a estes pacientes se concentram nos hospitais do litoral ou capitais de distrito, sendo que na região do Alentejo não existem hospitais assinalados<sup>195</sup>.

O direito à saúde, previsto no art. 64º da CRP, garante no nº 1 que "todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover", e por sua vez o nº 2, al. a), vem afirmar que o serviço nacional de saúde é universal, geral, tendencialmente gratuito e tem em "conta condições económicas e sociais dos cidadãos". Ainda o art. 64º, no nº3, al. b), vem assegurar que deve ser o Estado a proteger o direito à saúde em todo o país, através de uma cobertura racional e eficiente, em termos de recursos humanos e unidades de saúde.

Por efeito das medidas adotadas, as desigualdades entre as regiões acentuaram-se e consequentemente, um tratamento discriminatório entre os portugueses, com prejuízo para as condições de saúde, especialmente das mulheres, por serem elas, as mais afetadas com as doenças autoimunes.

No que respeita às desigualdades entre regiões, compete ao Estado, nos termos do art. 81º, al. d), da CRP, no âmbito das incumbências prioritárias "promover a coesão económica e social de todo o território nacional (...) no sentido de um crescimento equilibrado de todos os setores e regiões e eliminando progressivamente as diferenças económicas e sociais entre a cidade e o campo e entre o litoral e o interior".

Neste sentido compete ao Estado atuar no sentido de eliminar a discriminação de que são alvo todos aqueles que vivem afastados do litoral e dos centros urbanos, visto que a persistir a situação estaremos a discriminar indiretamente este grupo de pessoas. Pelo exposto estaremos perante uma situação de discriminação indireta sempre que uma disposição, critério ou prática aparentemente neutra seja suscetível de colocar uma pessoa, por motivo de um fator de discriminação, numa posição de desvantagem comparativamente com outras, a não ser que essa disposição, critério ou prática seja objetivamente justificada por um fim legítimo e que os meios para o alcançar sejam adequados e necessários<sup>196</sup>.

---

<sup>195</sup><http://www.nedai.org/Consultas.aspx> (30/06/2016).

<sup>196</sup><http://www.cite.gov.pt/pt/acite/dirdevtrab004.html> (15/09/2016).

Estaremos perante uma discriminação direta sempre que uma pessoa seja sujeita a tratamento menos favorável do que aquele que é, tenha sido, ou venha a ser dado a outra pessoa em situação comparável<sup>197</sup>, pelo que o esquecimento sucessivo dos doentes autoimunes nos planos nacionais constitui na nossa opinião fator de discriminação, ficando por isso reiteradamente violado o princípio da igualdade.

Devemos realçar que as políticas públicas dependem de informação disponível que demonstre um conjunto de necessidades a que se deve dar resposta, pelo que a inexistência de estudos e a ausência de informação são fatores para os quais concorrem todos os atores em saúde, desde o Ministério da Saúde, a DGS, as ARS, os profissionais de saúde e os gestores hospitalares.

Ao referido acresce o que havíamos dito relativamente à falta de critérios no encaminhamento dos doentes autoimunes depois de diagnosticados, dispersando-os pelas especialidades médicas, a inexistência de consultas multidisciplinares e a falta de cooperação entre os profissionais de saúde que em nada contribui para melhorar o quadro dos pacientes, a prevenção das doenças autoimunes e muito menos, para uma eficiente e correta afetação de recursos financeiros e humanos.

### 3.1.3.A proporcionalidade

Na CRP encontram-se referências dispersas ao princípio da proporcionalidade que opera em situações concretas devidamente identificadas pelo legislador. Encontram-se desde logo no art. 18º, relativo à força jurídica dos preceitos constitucionais, que no seu nº 2, consagra o seguinte "a lei só pode restringir os direitos, liberdades e garantias nos casos expressamente previstos na Constituição, devendo as restrições limitar-se ao necessário para salvaguardar outros direitos (...)".

O art. 19º, quando regula a declaração do estado de emergência ou estado de sítio, no seu nº 4, refere que a opção, a declaração e a execução devem "(...) respeitar o princípio da proporcionalidade e limitar-se, (...) quanto às suas extensão, duração e aos meios utilizados, ao estritamente necessário ao pronto restabelecimento da normalidade, com salvaguarda dos mesmos limites".

Por sua vez, o nº 5 afirma que a declaração deve ser "adequadamente fundamentada". O art. 28º, nº2, que se reporta ao carácter excecional da prisão preventiva e que apenas ocorre se não for possível aplicar "(...) outra medida mais favorável prevista na lei".

---

<sup>197</sup><http://www.cite.gov.pt/pt/acite/dirdevtrab004.html> (15/09/2016).

O art. 266º, relativo aos princípios fundamentais da administração pública, menciona no nº 2 que os "órgãos e agentes administrativos estão subordinados à Constituição e à lei e devem atuar, no exercício das suas funções, com respeito pelos princípios da igualdade, proporcionalidade (...)".

Na CRP, a proporcionalidade é um pressuposto material para a restrição legítima de direitos, liberdades e garantias e foi a Lei Constitucional 1/82 que lhe deu "expressa guarida constitucional"<sup>198</sup>, embora, antes da sua previsão expressa, fosse considerado como "princípio material inerente ao regime dos direitos, liberdades e garantias"<sup>199</sup>.

Alguma doutrina entende que, em matéria de restrições, este princípio também se deva aplicar ao regime dos direitos económicos, sociais e culturais<sup>200</sup>.

O princípio compõe-se de três sub-princípios, a saber: o princípio da adequação, segundo o qual as medidas restritivas legalmente previstas devem ser adequadas para prosseguir os fins visados pela lei; o princípio da exigibilidade (necessidade), ou seja, as medidas restritivas devem ser as necessárias, porque os fins não podiam ser obtidos por outros meios menos onerosos para os direitos; e o princípio da proporcionalidade em sentido restrito, segundo o qual os meios legais e os fins obtidos, devem situar-se numa "justa medida"<sup>201</sup>.

O Direito Administrativo adota os mesmos sub-princípios, atribuindo-lhes conteúdo semelhante<sup>202</sup> e é entendido como um mecanismo de controlo do poder discricionário da Administração Pública.

Assim, o art. 7º, do Novo Código do Procedimento Administrativo, sob a epígrafe "princípio da proporcionalidade" refere no seu nº 1 que "na prossecução do interesse público, a Administração Pública deve adotar os comportamentos adequados aos fins prosseguidos", pelo que nos termos do nº 2, do mesmo artigo "as decisões da Administração que colidam com direitos subjetivos ou interesses legalmente protegidos dos particulares só podem afetar essas posições na medida do necessário e em termos proporcionais aos objetivos a realizar". O princípio da proporcionalidade ou da proibição do excesso, constitui "uma fronteira interna da

---

<sup>198</sup>Cfr. J.J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, *Constituição da República Portuguesa Anotada*, vol.I, 4ª edição revista reimpressão Coimbra, Coimbra Editora, 2014, p. 392.

<sup>199</sup>Cfr. J.J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, *Constituição da República...*, p. 392.

<sup>200</sup>Cfr. José de Melo Alexandrino, *Direitos Fundamentais: Introdução Geral*, Estoril, Príncipe Editora, 2007, p.78; Ao retirar-se do artº 2º com múltiplas manifestações ao longo do texto constitucional, aplica-se a todos os direitos fundamentais, pelo que os direitos sociais também se devem interpretar de acordo com o princípio; cfr. Catarina Santos Botelho, *Os Direitos Sociais em tempos de Crise: ou revisitar as normas programáticas*, Coimbra, Almedina, 2015, p. 463.

<sup>201</sup>Cfr. J.J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, *Constituição da República...*, pp. 392 e 393.

<sup>202</sup>Cfr. Cabral Moncada, *Novo Código de Procedimento Administrativo*, 1ª edição anotado, Coimbra, Coimbra Editora, 2015, pp. 93 e ss.

discricionariedade administrativa impondo (...) ação adequada à prossecução do interesse público, e que este lese o menos possível os direitos dos particulares"<sup>203</sup>.

Para Cabral Moncada, este princípio "exprime a ideia de justa medida"<sup>204</sup> e é utilizado como "critério jurídico defensivo das limitações aos direitos fundamentais pelo legislador e pela Administração"<sup>205</sup>.

Em termos de vinculação o tribunal reconheceu no acórdão nº 187/2001 que o princípio da proporcionalidade se aplica ao legislador, mas com uma intensidade menor do que a que vincula a Administração ou o poder jurisdicional. Mas os acórdãos mais recentes revelam uma lógica mais exigente para com o legislador quanto à "igualdade proporcional" e o princípio da proporcionalidade, nomeadamente o acórdão nº 353/2012, sobre a suspensão dos subsídios de férias e Natal, entrando na avaliação da relação entre meios e fins conseguidos com as medidas<sup>206</sup>.

O princípio da proporcionalidade deve ser exigente na demonstração da inexistência de medidas alternativas menos prejudiciais para os cidadãos e na garantia de que as medidas cessarão quando os indicadores económicos apontarem para uma saída da situação de crise<sup>207</sup>.

Gomes Canotilho é da opinião que em tempos de escassez e austeridade financeira se deve entender com "razoabilidade e racionalidade" a tese da "irreversibilidade dos direitos sociais"<sup>208</sup>, pois para manter o núcleo essencial do direito social, pode ser necessário, adequado e proporcional reduzir os níveis de prestações essenciais<sup>209</sup>.

Já para Carlos Blanco de Morais, o princípio da proporcionalidade não deve operar autonomamente em sede de restrição de direitos sociais a partir da fórmula indeterminada do "Estado de direito" prevista no artigo 2.º da CRP, mas apenas em associação com os restantes princípios estruturantes (o da igualdade e o da proteção da confiança). A medida de valor da

---

<sup>203</sup>Cfr. Fernando Gonçalves *et al.*, *Novo Código de Procedimento Administrativo*, anotado e comentado, 2ª edição, Coimbra, Almedina, 2015, pp.46 e 47 interp. nosso.

<sup>204</sup>Cfr. Cabral Moncada, *Novo Código de Procedimento Administrativo*, 1ª edição anotada, Coimbra, Coimbra Editora, 2015, pp. 93 e ss.

<sup>205</sup>Cfr. Cabral Moncada, *Novo Código de Procedimento Administrativo*, ..., pp. 93 e ss.

<sup>206</sup>Cfr. Catarina Santos Botelho, *Os Direitos Sociais em tempos de Crise: ou visitar as normas programáticas*, Coimbra, Almedina, 2015, pp. 464 e 465.

<sup>207</sup>Cfr. Catarina Santos Botelho, *Os Direitos Sociais em tempos de Crise ...*, p. 465.

<sup>208</sup>A irreversibilidade dos direitos sociais ou princípio da proibição do retrocesso social assenta na tese que "as concretizações legais de direitos sociais deveriam ser classificadas como normas materialmente constitucionais e estariam imunes a regressões legislativas", mas para que o Estado assegure um conjunto de direitos sociais terá de sobrecarregar o Orçamento de Estado para cumprir as suas obrigações, pelo que o uso da ponderação e liberdade devem coexistir com "abertura a todas as opções políticas que se movam dentro do parâmetro constitucional". Este princípio não goza de autonomia e para ser aplicado deve recorrer-se aos princípios da proteção da confiança, da igualdade e da proporcionalidade. A Jurisprudência Constitucional não o aplica, por ser um princípio que "está morto e nunca existiu enquanto princípio jurídico-constitucional", cfr. Catarina Santos Botelho, *Os Direitos Sociais em tempos de Crise ...*, pp. 511 a 513.

<sup>209</sup>Cfr. Gomes Canotilho, *Estudos Sobre Direitos Fundamentais*, 2ª Edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2008, p. 266.

proporcionalidade como critério autónomo deve ser convocada, por força do n.º 2 do artigo 18.º da CRP, quando se restringem direitos de liberdade, os quais incorporam, quanto a este ponto, uma garantia reforçada face aos direitos sociais<sup>210</sup>.

Em contracorrente surge a teoria da "Unidade Dogmática", com um pensamento jurídico diverso equiparando em valor os bens protegidos pelos dois tipos de direitos (direitos, liberdades e garantias e direitos sociais) e estende, na quase totalidade, aos direitos sociais, o regime constitucional de proteção dos direitos de liberdade, a partir do momento em que estes são concretizados pelo legislador ordinário<sup>211</sup>.

Esta teoria atribui aos direitos sociais relevância plena enquanto direitos fundamentais, por garantirem juridicamente o acesso individual a bens com extrema importância para "(...) a dignidade da pessoa humana, o desenvolvimento da personalidade, a autonomia, a liberdade e o bem-estar das pessoas (...)", entendendo-os a Constituição como merecedores de "(...) proteção máxima, forte e estável"<sup>212</sup>.

## 3.2. Os direitos sociais

### 3.2.1. Os direitos sociais e o direito à saúde na CRP

O Estado social surge como resultado da verificação de que o Estado tem responsabilidades ao nível da garantia de um mínimo de bem-estar, a partir do momento em que intervém na sociedade, impondo aos poderes públicos um dever de ação ainda que o seu exercício pertença ao indivíduo<sup>213</sup>.

Os direitos fundamentais sociais em sentido estrito são os direitos económicos, sociais e culturais, previstos no Título III, da CRP. O seu "(...) conteúdo típico consiste em *prestações estaduais* sujeitas a *conformação* político-legislativa (...)"<sup>214</sup> e comportam uma "dimensão garantística negativa e de participação"<sup>215</sup>. Estes direitos são compostos por um núcleo essencial que é constituído pelas faculdades típicas que integram o direito e que projetam a ideia de

---

<sup>210</sup>Cfr. Carlos Blanco de Morais, "De Novo a Querela da 'unidade dogmática' entre Direitos de Liberdade e Direitos Sociais em Tempos de 'exceção financeira'", in *Revista Eletrónica de Direito Público*, nº3, 2014, <http://e-publica.pt/pdf/artigos/unidade-dogmatica.pdf> (10/06/2016).

<sup>211</sup>Cfr. Carlos Blanco de Morais, "De Novo a Querela da 'unidade dogmática' ...", 2014, <http://e-publica.pt/pdf/artigos/unidade-dogmatica.pdf> (10/06/2016).

<sup>212</sup>Cfr. Jorge Reis Novais, *Direitos Sociais: Teoria Jurídica dos Direitos Sociais Enquanto Direitos Fundamentais*, Coimbra, Coimbra Editora, 2010, pp. 251 e 255, interpol. nosso.

<sup>213</sup>Cfr. Catarina Santos Botelho, "Os Direitos Sociais num Contexto de Austeridade: Um Elogio Fúnebre ao Princípio da Proibição do Retrocesso social?", in *Revista da Ordem dos Advogados*, nº1 e 2, 2015, pp. 263 a 265.

<sup>214</sup>Cfr. José Carlos Vieira de Andrade, *Os Direitos Fundamentais na Constituição Portuguesa de 1976*, 5ª Edição, Coimbra, Almedina, 2015, p. 357, interp. nosso e itálico no original.

<sup>215</sup>Cfr. José Carlos Vieira de Andrade, *Os Direitos Fundamentais ...*, 5ª Edição, Coimbra, Almedina, 2015, p. 357.



dignidade humana individual, pelas dimensões dos valores pessoais que a CRP visa proteger e que justificam a existência autónoma do direito<sup>216</sup>.

Para Carlos Blanco de Morais não são só os direitos sociais que estão sujeitos ao condicionamento financeiro e à reserva do possível, já que também estes condicionamentos se aplicariam a muitos direitos, liberdades e garantias (ex. despesas com as forças policiais e o sistema de justiça que garantiriam os direitos à vida, integridade física). O mesmo sucederia com os direitos políticos, no que respeita às despesas com os atos eleitorais e o funcionamento de órgãos, como a Comissão Nacional de Eleições. O facto de os direitos sociais a prestações serem fundamentais, decorre da circunstância de lhes ter sido conferida dignidade constitucional expressa e de lhes ser assegurada uma proteção jurisdicional<sup>217</sup>.

Os direitos sociais são fundamentais porque estão garantidos na Constituição e porque o legislador ordinário não os pode suprimir, e ainda porque o mesmo decisor se encontra investido em certas obrigações quanto à sua efetivação, realidade que não é aplicável em igual medida a direitos, mesmo de natureza subjetiva, que se encontram apenas consagrados na lei<sup>218</sup>.

Para Jorge Miranda, os direitos sociais estão sujeitos à reserva do possível e as suas normas concretizadoras têm de ser entendidas nestes termos: quando se verificarem condições económicas favoráveis, essas normas devem ser interpretadas e aplicadas de modo a se extrair delas o máximo de satisfação das necessidades sociais e a realização de todas as prestações; não se verificando tais condições, em especial por causa de recessão ou de crise financeira, as prestações têm de ser ajustadas ao nível de sustentabilidade existente, com eventual redução dos beneficiários ou dos montantes; situações de escassez de recursos ou de exceção constitucional podem provocar a suspensão destas ou daquelas normas, não a das normas constitucionais atributivas dos direitos a que se reportam, mas, hão de retomar a sua efetividade, logo que restabelecida a normalidade da vida coletiva<sup>219</sup>.

Para Luís Pereira Coutinho a concretização ou a concretização em certo grau dos direitos sociais prende-se com a responsabilidade que a comunidade política assume, com vista à realização destes direitos. Na sua opinião não deixa de ser paradoxal pretender que a realização

---

<sup>216</sup>Cfr. José Carlos Vieira de Andrade, *Os Direitos Fundamentais na Constituição Portuguesa de 1976*, 5ª Edição, Coimbra, Almedina, 2015, p. 166.

<sup>217</sup>Cfr. Carlos Blanco de Morais, "De Novo a Querela da 'Unidade Dogmática' Entre Direitos de Liberdade e Direitos Sociais em Tempos de 'Exceção Financeira'", in *Revista Eletrónica de Direito Público*, nº 3, 2014, <http://e-publica.pt/pdf/artigos/unidade-dogmatica.pdf> (10/06/2016).

<sup>218</sup>Cfr. Carlos Blanco de Morais, "De Novo a Querela da 'Unidade Dogmática' ...", 2014, <http://e-publica.pt/pdf/artigos/unidade-dogmatica.pdf> (10/06/2016).

<sup>219</sup>Cfr. Jorge Miranda, "Os novos paradigmas do Estado social", s/d, <http://www.icjp.pt/sites/default/files/media/1116-2433.pdf> (10/06/2016).

dos direitos sociais possa ser oposta pelo juiz constitucional ao poder que é representativo da comunidade: o poder legislativo. A “reserva do possível” deve ser entendida como uma reserva constitucional de ponderação dos direitos sociais com o princípio da sustentabilidade.

Na Constituição Portuguesa, este princípio deve considerar-se imanente às tarefas fundamentais previstas no artigo 9º. Na verdade, não pode ler-se a Constituição sem se pensar que essas tarefas são dependentes de finanças públicas sustentáveis. Por força da integração monetária, o princípio da sustentabilidade das finanças públicas nacionais pode considerar-se um princípio de Direito da União Europeia, isto porque na sua opinião os direitos sociais estão condicionados pela "europeização do Direito Constitucional nacional" pelo que necessariamente se encontram sob reserva de ponderação daquele princípio<sup>220</sup>.

Para Gomes Canotilho, os direitos sociais são direitos caros, mas, mesmo assim, os poderes públicos devem assegurar prestações indispensáveis à efetivação desses direitos. Para que o Estado Social possa desempenhar as "suas tarefas de socialidade devem verificar-se quatro condições"<sup>221</sup>, a saber: "provisões financeiras necessárias e suficientes (...); estrutura da despesa pública orientada para o financiamento de serviços sociais e para investimentos produtivos; orçamento público equilibrado (...); taxa de crescimento do rendimento nacional de valor médio ou elevado (3% pelo menos ao ano)"<sup>222</sup>.

Contudo, nas suas palavras, a verificação cumulativa das condições referidas, deixa o Estado Social em grandes dificuldades<sup>223</sup>.

Os fatores económicos, não podem, como afirma Catarina Santos Botelho, ser sobrevalorizados na ineficiente promoção dos direitos sociais, mas a verdade é que a eficiência administrativa deve "(...) reduzir ao máximo o desperdício, (...) combater eficazmente a corrupção, o Estado-paralelo (...)"<sup>224</sup>.

Na CRP, as normas que preveem os direitos sociais não conferem aos seus titulares um verdadeiro poder de exigir, porque primeiramente obrigam o Estado a tomar medidas para maior satisfação ou realização concreta dos bens protegidos, pelo que o legislador não pode decidir se atua ou não atua, o "non facere é-lhe proibido"<sup>225</sup>.

---

<sup>220</sup>Cfr. Luís Pereira Coutinho, "Os Direitos Sociais como Compromissos", in *e-Publica-Revista Eletrónica de Direito Público*, nº 3, 2014, pp. 4 a 6.

<sup>221</sup>Cfr. J.J. Gomes Canotilho, *Estudos Sobre Direitos Fundamentais*, 2ª Edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2008, pp. 252 e 253.

<sup>222</sup>Cfr. J.J. Gomes Canotilho, *Estudos Sobre Direitos Fundamentais*,...,p. 253, interp. nosso.

<sup>223</sup>Cfr. J.J. Gomes Canotilho, *Estudos Sobre Direitos Fundamentais*, ..., p. 253.

<sup>224</sup>Cfr. Catarina Santos Botelho, *Os Direitos Sociais em Tempos de Crise: ou visitar as normas programáticas*, Coimbra, Almedina, 2015, p.511, interp. nosso.

<sup>225</sup>Cfr. José Carlos Vieira de Andrade, *Os Direitos Fundamentais na Constituição Portuguesa de 1976*, 5ª Edição, Coimbra, Almedina, 2012, p. 359, aspas no original.

Por outro lado, a Constituição fornece critérios para estabelecer o conteúdo mínimo dos interesses dos beneficiários, que ao serem individualizáveis, podem constituir posições "jurídico-subjetivas referíveis ao plano constitucional" embora não sejam suficientemente determinados pela Constituição para vincular os poderes públicos para além desse mínimo nem os pressupostos e extensão do conteúdo dos direitos dos beneficiários podem ser determinados pelos juízes, sem prejuízo da divisão constitucional dos poderes<sup>226</sup>.

Ao se falar em "reserva de lei" constitutiva de prestações e de "reserva do possível" em termos "económico-financeiros", parece significar que bastaria ao legislador e todos os órgãos responsáveis pela concretização ficarem silentes, para se negar a existência de um núcleo essencial de prestações sociais", sendo que desta forma, os direitos seriam "(...) neutralizados pelas omissões legislativas e executivas"<sup>227</sup>.

Em relação à discussão se o tribunal constitucional dispõe de "instrumentos metódicos e metodológicos para concretizarem constitucionalmente os direitos sociais" no limite os tribunais invocam "(...) que não lhes pertence interferir em políticas públicas"<sup>228</sup>.

Gomes Canotilho concorda, embora afirme que o juiz tem uma participação ativa na política porque o seu papel é adequado para "assumir a cumplicidade de partilhar os valores e interesses dos grupos e indivíduos (...) que reivindicam direitos e posições prestacionais (...) bloqueados pelos decisores políticos-representativos"<sup>229</sup>.

Catarina Santos Botelho argumenta no sentido que "(...) a fronteira entre a jurisdição e a política (...) está no fundamento das suas decisões que no caso da função jurisdicional é exercida pelo Tribunal Constitucional" e acrescenta que a jurisdição constitucional tem a virtude de dar vida à Constituição, isto é, deve facilitar a sua adaptação às "(...) mudanças da realidade constitucional, mas sem admitir que se afaste dos seus compromissos fundamentais como a proteção e promoção da dignidade da pessoa humana e do estado de direito democrático". À expressão "a Constituição é aquilo que o juiz diz que ela é", contrapõe usando para o efeito um argumento de Stephen Sedley, afirmando que "(...) se os juízes não estão preparados para a 'defender', então a Constituição não é nada"<sup>230</sup>.

---

<sup>226</sup>Cfr. José Carlos Vieira de Andrade, *Os Direitos Fundamentais na Constituição Portuguesa de 1976*, 5ª Edição, Coimbra, Almedina, 2012, pp. 359 e 360.

<sup>227</sup>Cfr. J.J. Gomes Canotilho, *Estudos Sobre os Direitos Fundamentais*, 2ª Edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2008, p. 266, interp. nosso e aspas no original.

<sup>228</sup>Cfr. J.J. Gomes Canotilho, *Estudos Sobre Direitos Fundamentais*, ..., p. 268, interp. nosso.

<sup>229</sup>Cfr. J.J. Gomes Canotilho, *Estudos Sobre os Direitos Fundamentais*, ..., pp. 267 e 268, interp. nosso.

<sup>230</sup>Cfr. Catarina Santos Botelho, *Os Direitos Sociais em Tempos de Crise: ou visitar as normas programáticas*, Coimbra, Almedina, 2015, pp. 513 e 514, interp. nosso.

Ora o art. 64.º, n.º 1, da CRP, consagra o direito à proteção da saúde, referindo no nº 2 que este direito é prosseguido através de um serviço nacional de saúde universal, geral e tendencialmente gratuito.

Acrescenta o n.º 3, als. b) e d), que o Estado deve garantir uma cobertura racional e eficiente de todo o país, em recursos humanos e unidades de saúde e assegurar elevados padrões de qualidade e eficiência nos serviços de saúde públicos e privados.

Sendo um direito fundamental, o direito à saúde assume a natureza de direito social, estando dependente de prestações positivas por parte do Estado, quer quanto à densificação do seu conteúdo, quer quanto à concretização das condições práticas necessárias à sua efetivação. Daqui resulta que, nesta tarefa, o legislador possui uma margem de manobra mais acentuada do que aquela que lhe é concedida em sede de direitos, liberdades e garantias, pois a abertura constitucional permite que a materialização e prossecução do direito atendam a circunstâncias como os recursos disponíveis (humanos, técnicos e financeiros), bem como às opções políticas que se vão fazendo a dado momento (princípio do democrático). Certos direitos, como o direito à saúde, dependem para a sua concretização de condições concretas, o que implica que o Estado terá de dispor de recursos<sup>231</sup>.

A saúde, assim como todos os direitos sociais, são direitos "sob reserva do possível" e de realização progressiva. Para Gomes Canotilho e Vital Moreira, este direito apresenta uma vertente negativa e uma vertente positiva. A vertente negativa consiste no seguinte: "(...) cada indivíduo tem o direito de exigir do Estado ou de terceiros um dever de abstenção em relação à prática de atos que condicionem ou prejudiquem a sua saúde"<sup>232</sup>, enquanto que na vertente positiva, "cada indivíduo tem o direito de exigir do Estado medidas destinadas à prevenção das doenças e ao seu tratamento"<sup>233</sup>, ou seja, o bem-estar humano requer a satisfação de outras necessidades como água, alimentos, ambiente, amor, família, etc. Mas, se por um lado o Estado tem obrigações para com os cidadãos, estes têm também a obrigação de promover e proteger a própria saúde e abster-se de atos que prejudiquem a saúde de terceiros.

Carla Amado Gomes explica que o art. 64º assegura o direito à saúde a cada indivíduo que na vertente negativa, significa que pode-se exigir do Estado a abstenção de práticas prejudiciais à saúde, impondo também um dever de a defender e de a promover. Este dever visa tão só a defesa da saúde pública e não a saúde privada, ninguém será obrigado a se manter de

---

<sup>231</sup>Cfr. Ana Ferreira, *Direito à saúde e o acesso aos cuidados hospitalares*, parecer do Observatório de Direitos Humanos 2016, 2016, [http://www.observatoriodireitoshumanos.net/relatorios/relatorio\\_direito\\_saude.pdf](http://www.observatoriodireitoshumanos.net/relatorios/relatorio_direito_saude.pdf) (10/05/2016).

<sup>232</sup>Cfr. J.J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, *Constituição da República Portuguesa Anotada*, Volume I, 4ª edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2014, pp. 825 e 825, interp. nosso.

<sup>233</sup>Cfr. J.J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, *Constituição da República ...*, pp. 825 e 826.

boa saúde. Este direito baseia-se no "princípio de liberdade que enforma a matéria dos direitos, liberdades e garantias e decorre (...) do princípio do respeito pela pessoa humana, pela salvaguarda da sua capacidade essencial de autodeterminação"<sup>234</sup>.

Para Paulo Ferreira da Cunha, o "direito à saúde não é só um direito vital, é um dos mais vitais, porquanto dele depende, em muitos casos, o próprio direito à vida (...) ou, pelo menos, a uma vida condigna (com qualidade de vida)"<sup>235</sup>. Ainda o mesmo autor chama a atenção para a epígrafe do art. 64º, da CRP. Nela se faz referência à "Saúde" e acrescenta: "será no corpo do artigo que tudo se esclarecerá melhor (...)" trata-se evidentemente não de um direito absoluto e escatológico à saúde, mas de um direito dos cidadãos à proteção geral da saúde, individual e pública que tem como sujeito passivo não só o Estado, como a sociedade, incluindo o próprio sujeito ativo (...)"<sup>236</sup>.

O direito à saúde, assim como o direito à segurança social e à educação "não são concessões do legislador" mas "(...) constituem deveres de proteção e de ação a cargo do Estado, que decorrem de imperativos constitucionais", pelo que a "não realização ou realização deficiente, poderá conduzir a uma quebra ou violação do princípio da confiança que está na base da formação do contrato social (...)"<sup>237</sup>.

A Constituição "obriga a que os poderes públicos" aprovem "medidas legislativas" adequadas aos recursos disponíveis e em "ordem à realização progressiva e gradual desses direitos"<sup>238</sup>, mas essas medidas, relativas aos direitos sociais "não podem ser garantidas por medidas avulsas, contraditórias, sem base dogmática sólida" tendo de "ser garantidas, pelo menos, num mínimo", daí que se apresentem como "um desafio" que deve ser tratado com "imaginação jurídica e a necessária *prudentia*"<sup>239</sup>.

Relativamente ao nível essencial das prestações sociais, Gomes Canotilho, inspirado na Constituição Italiana, defende que "a efetivação passa pelo recurso aos esquemas tradicionais de legislação e regulação (...)"<sup>240</sup>. No caso concreto do direito à saúde, refere que também a forma mais segura para garantir os direitos será "recortar (...) da lei o núcleo duro da

---

<sup>234</sup>Cfr. Carla Amado Gomes, "Defesa da Saúde Pública VS. Liberdade Individual: Casos da vida de um médico de saúde pública", in *Associação Académica da Faculdade de Direito de Lisboa*, 1999, pp. 22 e 23, interp. nosso.

<sup>235</sup>Cfr. Paulo Ferreira da Cunha, *Direitos Fundamentais: Fundamentos e Direitos Sociais*, Lisboa, Quid Juris, 2014, p. 207, interp. nosso.

<sup>236</sup>Cfr. Paulo Ferreira da Cunha, *Direitos Fundamentais...*, p. 207, interp. nosso.

<sup>237</sup>Cfr. Cristina Queiroz, *Direitos Fundamentais*, 2ª edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2010, pp. 190 e 191, interp. nosso.

<sup>238</sup>Cfr. Cristina Queiroz, *Direitos Fundamentais*, ..., p. 192.

<sup>239</sup>Cfr. Paulo Ferreira da Cunha, *Direitos Fundamentais...*, p. 170, itálico no original.

<sup>240</sup>Cfr. J.J. Gomes Canotilho, *Estudos Sobre Direitos Fundamentais*, 2ª Edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2008, pp. 263 e 264, interp. nosso.

subjetivação dos direitos sociais" devido à "(...) pressão dos custos dos serviços de saúde e as consequentes políticas de racionalização" <sup>241</sup>.

Na sua opinião, ao lado dos instrumentos normativos e reguladores deverá figurar a concretização judicial, pelo que a "(...) caracterização, em sede judicial, do nível essencial das prestações sociais (...)", não deixa de ser uma prova à metodologia jurídico-constitucional e demonstra que também os direitos de liberdade, nomeadamente, o direito de acesso ao direito, do direito à participação na vida política, da liberdade do ensino da religião, apresentam dimensões regulativo-prestacionais<sup>242</sup>.

Ainda neste domínio, Vieira de Andrade afirma que o conteúdo dos direitos sociais a prestações depende "(...) de opções políticas do legislador, em função do pluralismo ideológico (...)"<sup>243</sup>, sendo que na definição do seu conteúdo mínimo o legislador está vinculado às normas constitucionais, que em certas circunstâncias podem permitir a "(...) afirmação judicial de direitos originários a prestações"<sup>244</sup>.

Expressão do que se afirma segundo Vieira de Andrade encontra-se numa sentença do Tribunal Alemão (BVerfG de 6/12/2005) que reconheceu o direito à cobertura pública das despesas com o tratamento de um cidadão com doença rara, apesar de não constarem da lista legal de despesas elegíveis, com base no princípio do Estado Social, direito à vida e integridade física, isto porque o Tribunal havia produzido jurisprudência no sentido de afirmar que a reserva do possível dos direitos sociais se define por "aquilo que os indivíduos podem razoavelmente exigir da comunidade"<sup>245</sup>.

No que respeita à força jurídica dos direitos sociais as normas de direitos sociais são detentoras de força acrescida, quando sejam suficientemente determinadas ou determináveis ao nível constitucional e quando esteja em causa o conteúdo mínimo dos direitos, sendo por isso diretamente aplicáveis. Mas quando o legislador inova a lei que veio densificar a norma constitucional de direitos sociais, a alteração legislativa posterior deve ser controlada através dos princípios constitucionais fundamentais<sup>246</sup>.

Catarina Santos Botelho defende que do silêncio do legislador não se deve concluir que os direitos sociais não são diretamente aplicáveis, não vinculam entidades públicas e privadas e

---

<sup>241</sup>Cfr. J.J. Gomes Canotilho, *Estudos Sobre Direitos Fundamentais*, 2ª Edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2008, pp. 263 e 264, interp. nosso.

<sup>242</sup>Cfr. J.J. Gomes Canotilho, *Estudos Sobre os Direitos ...*, p. 265, interp. nosso.

<sup>243</sup>Cfr. José Carlos Vieira de Andrade, *Os Direitos Fundamentais na Constituição Portuguesa de 1976*, 5ª Edição, Coimbra, Almedina, 2012, p. 358, interp. nosso.

<sup>244</sup>Cfr. José Carlos Vieira de Andrade, *Os Direitos Fundamentais ...*, p. 373.

<sup>245</sup>Cfr. José Carlos Vieira de Andrade, *Os Direitos Fundamentais ...*, p. 372, interp. nosso.

<sup>246</sup>Cfr. Benedita Mac Crorie, "Os Direitos Sociais em Crise?", in *Encontro de Professores Portugueses de Direito Publico* (coord. Pedro Gonçalves, Carla Amado Gomes, Helena Melo e Filipa Calvão), ICPJ/FDUL, Lisboa, 2013, p. 44.

as suas restrições não estão sujeitas a requisitos constitucionais. Haverá sempre uma certa aplicabilidade direta das normas relativas a direitos sociais que resulta de uma interpretação relacional dos direitos fundamentais e do princípio da unidade da Constituição, uma vez que todos contribuem para a "unidade da ordem jurídica"<sup>247</sup>.

A opção pela divisão entre direitos de liberdade e direitos sociais, não é inovadora na Constituição Portuguesa, visto que o mesmo ocorre no plano internacional, com o PIDCP e com o PIDESC e ainda no plano regional, com CEDH e com a CSEr. A Constituição Portuguesa ao dividir os direitos fundamentais em "Direitos, liberdades e garantias" e "Direitos económicos, sociais e culturais", quis consagrar um regime diferenciador mas que ao mesmo tempo comunica entre si<sup>248</sup>. Independentemente da força que se pretenda dar às normas de direitos sociais, o certo é que numa constituição normativa não deverão existir disposições a que se atribua o valor de meras intenções, na medida em que todas as disposições da Constituição gozam a sua força normativa, isto porque integram o estatuto jurídico fundamental de uma determinada comunidade política<sup>249</sup>.

Esta distinção de direitos pode ter resultado da tomada de consciência de que a constituição não era o ato jurídico-público ideal para concretizar e densificar os direitos sociais, porque a realidade constitucional muda, optando-se por configurações normativas abertas. A motivação terá a ver com o seguinte: a realização dos direitos sociais depende de uma conjuntura económica favorável que não é possível garantir por tempo indeterminado. Por outro lado, a concretização constitucional pormenorizada destes direitos, constituiria um obstáculo à margem de abertura às opções políticas que poderão ser ambicionadas por diferentes gerações, em diferentes momentos históricos e em conjunturas distintas, limitando a resposta às necessidades sociais que se quisessem satisfazer<sup>250</sup>.

A comunicabilidade permitida pelo art. 17º vem demonstrar que a Constituição não prevê uma divisão radical e por outro lado, a sua existência deve-se ao facto de o texto constitucional ter optado por uma divisão. Perante o exposto, deve moderar-se o protagonismo do art. 18º, porque este artigo não existe isoladamente, pelo que os artigos 17º e 18º da CRP têm de ser lidos em conjunto. Os direitos de liberdade podem ser restringidos para proteção dos direitos sociais, apresentando uma relação dinâmica e complementar, já os direitos sociais

---

<sup>247</sup>Cfr. Catarina Santos Botelho, *Os Direitos Sociais em Tempos de Crise: ou visitar as normas programáticas*, Coimbra, Almedina, 2015, p. 502.

<sup>248</sup>Cfr. Catarina Santos Botelho, *Os Direitos Sociais em Tempos de Crise ...*, p. 502.

<sup>249</sup>Cfr. Catarina Santos Botelho, *Os Direitos Sociais em Tempos de Crise ...*, p. 503.

<sup>250</sup>Cfr. Catarina Santos Botelho, *Os Direitos Sociais em Tempos de Crise ...*, p. 505.

são direitos elásticos, visto que a sua intensidade e proteção dependerão das opções das maiorias, das condições económicas e financeiras e dos dados da realidade constitucional<sup>251</sup>.

A garantia de que o Estado assegurará a prestação integral de um conjunto de direitos sociais a todas as pessoas eternamente sem sobrecarregar o orçamento e cumprir outras obrigações estatais não existe. Características próprias da função legislativa (liberdade constitutiva e autorreversibilidade) exigem uma abertura a todas as opções políticas que se movam no âmbito constitucional<sup>252</sup>.

Sucedem que os direitos fundamentais de 1.ª geração (direitos de liberdade) são diretamente aplicáveis e vinculam as entidades públicas e privadas e têm um cariz marcadamente negativo, ou seja, são defensivos na medida em que existe um dever de abstenção de atos que violem certos direitos. Ao contrário, os direitos sociais são essencialmente positivos porque pressupõem uma ação por parte do poder público, não têm necessariamente uma aplicação direta e encontram-se dependentes de políticas e legislação, são designados de direitos fundamentais de 2.ª geração. O direito à saúde positivado em sede de direitos sociais sofre de uma questão de eficácia. Uns são eficazes *per si*, outros estão dependentes de atos subsidiários<sup>253</sup>.

Deste modo na CRP o acesso dos cidadãos a um sistema de saúde é uma das incumbências do próprio Estado de Direito Democrático. Assim na al. d), do art. 9º, é referido que o estado deve “promover o bem-estar e qualidade de vida do povo e a igualdade real entre os portugueses, bem como a efetivação dos direitos económicos, sociais, culturais e ambientais<sup>254</sup>”.

No âmbito do direito à saúde previsto no art. 64º da CRP poderá integrar o conceito do mínimo essencial à vida humana: a existência de um plano nacional de saúde, o acesso a água potável, comida e abrigo, saneamento básico, programas nacionais de vacinação, o acesso equitativo a medicamentos e a cuidados básicos de saúde e a promoção da não discriminação. Trata-se daquilo que poderá ser considerado o mínimo essencial à vida, sendo que este mínimo é dotado de um núcleo, assim tudo o que estiver para além do núcleo, deverá ser de realização

---

<sup>251</sup>Cfr. Catarina Santos Botelho, *Os Direitos Sociais em Tempos de Crise: ou visitar as normas programáticas*, Coimbra, Almedina, 2015, p. 506.

<sup>252</sup>Cfr. Catarina Santos Botelho, *Os Direitos Sociais em Tempos de Crise ...*, p. 512.

<sup>253</sup>Cfr. João Miguel Pulquério de Paula, "O Direito à Saúde: Reflexões sobre a sua *fundamentalidade*", *Pensar Enfermagem*, nº 1, Vol. 16, 2012, [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE16-2\\_Artigo3\\_51-61.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE16-2_Artigo3_51-61.pdf) (18/09/2016).

<sup>254</sup>Cfr. João Miguel Pulquério de Paula "O Direito à Saúde: Reflexões sobre a sua *fundamentalidade*", *Pensar Enfermagem*, nº 1, Vol. 16, 2012, [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE16-2\\_Artigo3\\_51-61.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE16-2_Artigo3_51-61.pdf) (18/09/2016).



progressiva dependente dos recursos disponíveis. Ou seja, o que fica para além do núcleo está integrado na perspetiva de um direito social, sujeito às prestações do Estado<sup>255</sup>.

### 3.2.2. As políticas públicas na efetivação do direito à saúde

Consagrado no art. 64º, o direito à saúde, direito eminentemente social, apresenta uma forte conexão com os demais direitos sociais, previstos no Título III, Capítulo II, da CRP.

O direito à segurança social apresenta uma conexão com o direito à saúde, na medida em que, nos termos do art. 63º, nº 3, compete ao sistema da segurança social a proteção dos cidadãos nas situações de doença. O mesmo se afirma em relação ao direito à habitação, ao ambiente e qualidade de vida, direito à proteção da família, entre outros.

Os direitos económicos e culturais também têm repercussão nos direitos sociais, nomeadamente no direito à saúde, na medida em que as condições de trabalho, a remuneração e o nível de escolaridade<sup>256</sup>, permitem a cada indivíduo ter um maior conhecimento dos seus direitos e capacidade de avaliar o seu estado de saúde<sup>257</sup>.

Por outro lado, estabelece-se uma forte conexão com os direitos, liberdades e garantias, nomeadamente nas questões que se prendem com a necessidade de proteção da saúde pública e a "tendencial impenetrabilidade da esfera de liberdade do cidadão" sendo disso exemplo os internamentos compulsivos, as vacinações obrigatórias, a desinfeção de domicílios, encerramento de espaços comerciais por laborarem em condições que põem em risco a saúde pública e as propriedades nocivas de medicamentos<sup>258</sup>.

No exercício das tarefas fundamentais, compete ao Estado, nos termos do art. 9º, al. d), promover "o bem-estar e a qualidade de vida do povo (...) bem como a efetivação dos direitos económicos, sociais, culturais e ambientais, mediante a transformação e modernização das estruturas económicas e sociais".

---

<sup>255</sup>Cfr. João Miguel Pulquério de Paula "O Direito à Saúde: Reflexões sobre a sua *fundamentalidade*", *Pensar Enfermagem*, nº 1, Vol. 16, 2012, [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE16-2\\_Artigo3\\_51-61.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE16-2_Artigo3_51-61.pdf) (18/09/2016).

<sup>256</sup>[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=249946508&DESTAQ\\_UESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=249946508&DESTAQ_UESmodo=2) (26/06/2016).

<sup>257</sup>Sobre números da literacia em saúde em Portugal, a equipa de investigadores da Escola Superior de Saúde Pública, concluiu que: 90,6% dos inquiridos compreende porque precisa de fazer rastreios; 90,2% compreende os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool; 87,2% sabe o que deve fazer para chamar uma ambulância em caso de emergência médica; 56,2% não sabe avaliar se a informação sobre a doença nos meios de comunicação social é de confiança; 55% não sabe como as mudanças políticas podem afetar a sua saúde; 47,4% não sabe como encontrar informação sobre como é que a sua zona residencial pode ser mais amiga da saúde, <http://www.tempomedicina.com/noticias/29221> (10/04/2016).

<sup>258</sup>Cfr. Carla Amado Gomes, "Defesa da Saúde Pública VS. Liberdade Individual: Casos da vida de um médico de saúde pública", in *Associação Académica da Faculdade de Direito de Lisboa*, s/n, 1999, p. 18.

Ora, sendo este um direito social, não basta a sua garantia constitucional, é necessário que o Estado, através de medidas de política o densifique, para que se efetive. Certo é que como vimos está dependente da disponibilidade financeira e da reserva do financeiramente possível, numa determinada conjuntura política.

O direito à saúde, nos termos do art. 64º, será realizado através de um serviço nacional de saúde universal, geral e tendencialmente gratuito; pela criação de condições que protejam, nomeadamente a infância, a juventude e a velhice; pela melhoria das condições de vida e de trabalho; pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular; pela educação sanitária e por práticas de vida saudável.

Impõe-se materializar estes conceitos que compõem o SNS. Para o efeito um serviço de saúde universal, traduz-se numa cobertura nacional dos serviços adequada às necessidades da população, em condições de igualdade, não havendo por isso discriminação ou seletividade; a generalidade significa a necessidade de integrar no SNS todos os serviços e prestações de saúde; por último a gratuitidade tendencial, significa que as prestações de saúde não estão sujeitas a retribuição ou pagamento por quem delas necessita, mas caso haja lugar a pagamento de taxas (moderadoras), estas não podem ser suscetíveis de impedir o acesso ao SNS, em virtude de condições económicas e sociais<sup>259</sup>.

Assim compete ao Estado nos termos do art. 64º, nº 3, o dever de garantir o acesso a todos os indivíduos aos cuidados de saúde preventiva, curativa e de reabilitação; a existência de recursos humanos e unidades de saúde adequados e próximos da população; a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos; a existência de prestadores de saúde públicos e privados, com adequados padrões de eficiência e qualidade; a correta produção, distribuição e comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos, farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico.

Por sua vez a Lei de Bases da Saúde e o PNS vêm expressar as preocupações em matéria de saúde e nas formas de proteção e efetivação do direito à saúde.

Nos termos da Base IV, da Lei de Bases da Saúde, o sistema de saúde visa a efetivação do direito à proteção da saúde, devendo o Estado atuar através de serviços próprios, celebrar acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoiar e fiscalizar a restante atividade privada na área da saúde. Tanto os cidadãos, como as entidades públicas e privadas, devem colaborar na criação de condições que permitam o exercício do direito à proteção da saúde e a adoção de estilos de vida saudáveis.

---

<sup>259</sup>Cfr. J.J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, *Constituição da República Portuguesa Anotada*, vol. 1, 4ª Edição Revista e Impressa, Coimbra, Coimbra Editora, 2014, p. 827.

Por sua vez e nos termos da Base V, os cidadãos são responsabilizados pela sua saúde, em termos individuais e coletivos, tendo o dever de a defender e promover e os serviços públicos de saúde deverão constituir-se e funcionar de acordo com os seus legítimos interesses. A liberdade de prestação de cuidados de saúde exige qualificações profissionais adequadas e a liberdade de escolha no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde depende dos recursos existentes e da organização dos serviços.

Nos termos da Base VI, compete ao Governo definir a política de saúde, devendo o Ministério da Saúde propor a definição da política nacional de saúde, promover e vigiar a respetiva execução e coordenar a sua ação com a dos ministérios que tutelam áreas conexas, especialmente os que atuam nas áreas específicas da segurança e bem-estar social, da educação, do emprego, do desporto, do ambiente, da economia, do sistema fiscal, da habitação e do urbanismo, que devem ser envolvidos na promoção da saúde. Os serviços centrais do Ministério da Saúde exercem, em relação ao Serviço Nacional de Saúde, funções de regulamentação, orientação, planeamento, avaliação e inspeção.

O PNS 2012-2016 é considerado um "instrumento e o recurso de Planeamento em Saúde enquadrador dos objetivos, planos e estratégias de todos aqueles que inscrevem, dentro da sua missão, manter, melhorar ou recuperar a saúde de indivíduos e populações em Portugal"<sup>260</sup>.

Esforços sustentados de todos os sectores da sociedade e a utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e no acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis, são fatores determinantes na maximização de ganhos em saúde. Por sua vez, pretende-se que o sistema de saúde responda às necessidades dos portugueses, dispondo para o efeito de planos nacionais e dos recursos financeiros adequados para potencializar o impacto das suas reformas.<sup>261</sup>

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 prevê um conjunto de programas nacionais de saúde prioritários a desenvolver pela DGS<sup>262</sup> mas com falhas, na nossa opinião, isto porque privilegia um grupo de doenças que consideramos graves, esquecendo-se das doenças crónicas e das doenças autoimunes e conseqüentemente dos pacientes que delas padecem (nos quais se incluem uma grande parte da população portuguesa e que ficam à margem destes planos durante anos sucessivos).

Também as Grandes Opções do Plano traduzem a orientação estratégica da política de desenvolvimento económico e social, através da sua integração na estrutura do planeamento

---

<sup>260</sup>PNS 2012-2016, [www.pns.dgs.pt/pns-versao-resumo](http://www.pns.dgs.pt/pns-versao-resumo) (4/11/2015).

<sup>261</sup>PNS 2012-2016, [www.pns.dgs.pt/pns-versao-resumo](http://www.pns.dgs.pt/pns-versao-resumo) (4/11/2015).

<sup>262</sup>PNS 2012-2016, [www.pns.dgs.pt/pns-versao-resumo](http://www.pns.dgs.pt/pns-versao-resumo) (4/11/2015).

económico e social nacional. A lei 64-A/2011, de 30 de dezembro, aprovou as GOP, para o período 2012-2015, que integram, nos termos do art. 1º as "medidas de política e de investimentos que contribuem para as concretizar" e encontram o seu reflexo no orçamento de Estado apresentado pelo Governo, para cada ano financeiro.

Nos termos do art. 2º, relativo ao enquadramento estratégico, estas opções "inserir-se nas estratégias de consolidação orçamental e de desenvolvimento da sociedade e da economia portuguesas, apresentadas pelo XIX Governo Constitucional e no relatório do Orçamento de Estado para 2012"<sup>263</sup>.

Na opinião de Catarina Santos Botelho, a conjuntura económica e social portuguesa tem vindo a agravar as condições de vida dos portugueses, ao nível do gozo dos direitos sociais (direitos económicos, sociais e culturais). Colocam-se por isso questões desafiantes quanto ao papel da Constituição e do Estado na defesa e promoção do bem-estar social. O texto e a realidade constitucional confrontam-se em períodos como o que vivemos. A "incerteza impele que tomemos posição perante toda uma legislação que vem surgindo e que diminui (...) prestações sociais tidas como fundamentais para o bem-estar social, em diversos domínios, (...) nomeadamente a saúde"<sup>264</sup>.

A par destes desafios concorrem outros, como é o caso de uma notícia publicada em abril de 2016, que vem demonstrar que num concurso de recrutamento para profissionais de saúde, só vinte médicos aceitaram trabalhar em zonas mais carenciadas e nas especialidades com maior falta de clínicos (cardiologia, cirurgia-geral, ginecologia/obstetrícia, medicina interna, ortopedia, pediatria, psiquiatria e urologia), apesar de, em contrapartida, estarem garantidos incentivos que se traduziam num pagamento adicional de mil euros, durante os seis meses iniciais, mais dois dias de férias por cada um dos cinco anos de contrato e a ajuda na colocação dos filhos na escola. Os médicos que aderissem a esta medida teriam de permanecer na zona carenciada durante um período de pelo menos cinco anos e o incentivo remuneratório iria decrescendo com o decurso do tempo. Desta forma, decorridos que fossem os seis meses iniciais o acréscimo atingiria os quinhentos euros, passando para os duzentos e cinquenta euros, respetivamente, quando perfizesse um ano e até final de contrato na zona carenciada<sup>265</sup>.

Perante o exposto, concluímos que a efetivação e o acesso à saúde não fica apenas dependente de políticas públicas (gerais e universais) e da sustentabilidade financeira do país,

---

<sup>263</sup>Lei n.º 64-A/2011, de 30 de Dezembro.

<sup>264</sup>Cfr. Catarina Santos Botelho, *Os Direitos Sociais em Tempos de Crise: ou visitar as normas programáticas*, Coimbra, Almedina, 2015, p.37, interpol. nosso.

<sup>265</sup>Jornal Económico, "SNS: Mais dinheiro e mais férias só convenceram 20 médicos", 2016, [http://economico.sapo.pt/noticias/sns-mais-dinheiro-e-mais-ferias-so-convenceram-20-medicos\\_247815.html](http://economico.sapo.pt/noticias/sns-mais-dinheiro-e-mais-ferias-so-convenceram-20-medicos_247815.html) (22/04/2016).

mas também da adesão dos profissionais de saúde aos concursos de recrutamento, para as diversas áreas geográficas. A escassez de profissionais de saúde junto da população, especialmente nas zonas do interior, representam: menos saúde; mais tempo de espera para consulta médica; mais encargos nas deslocações para hospitais centrais; mais faltas ao trabalho e menos qualidade de vida, mantendo-se no demais, as obrigações dos pacientes para com o estado que vêm acentuar as desigualdades entre os cidadãos em função das assimetrias regionais.

## Capítulo III

### 1. Saúde e austeridade

#### 1.1. A saúde no contexto do Programa de Assistência Económico e Financeiro

Em maio de 2011, as finanças públicas portuguesas impeliram o Estado a aceitar um PAEF que implicou a adoção de fortes medidas de austeridade, nomeadamente cortes na despesa pública e o aumento de impostos.

Esta conjuntura suscitou debates que passaram pela admissibilidade do retrocesso social e ao papel do Tribunal Constitucional perante as polémicas medidas anti- crise. Todo este ambiente de incerteza afetou as prestações sociais fundamentais para o bem-estar social, nomeadamente a previdência, os salários, a saúde<sup>266</sup>.

O PAEF assentava em três pilares: consolidação orçamental, estabilidade do sistema financeiro e transformação estrutural da economia portuguesa. Para o período de 2011 a 2014, previa-se um total de 78 mil milhões de euros, dos quais 52 mil milhões de euros através dos mecanismos europeus (Mecanismo Europeu de Estabilização Financeira e Fundo Europeu de Estabilidade Financeira) e 26 mil milhões de euros a assistência do FMI, ao abrigo de um Programa de Financiamento Ampliado. Deste total 12 mil milhões de euros foram destinados ao mecanismo de apoio público à solvabilidade de bancos viáveis<sup>267</sup>.

Os sacrifícios na saúde refletiram-se em cortes orçamentais progressivos, assim, no ano de 2012 as poupanças em saúde (Serviço Nacional de Saúde) deviam ascender a 550 milhões de Euros e no ano de 2013, essas poupanças deviam atingir os 375 milhões de Euros. Em 2 anos, os cortes deviam atingir 925 milhões de Euros. Relatava o Programa que com estas poupanças se visava aumentar a eficiência e a eficácia do Sistema Nacional de Saúde, induzindo uma utilização mais racional dos serviços e controlo de despesas; gerar poupanças adicionais na área dos medicamentos para reduzir a despesa pública com medicamentos para 1,25% do PIB até final de 2012 e para cerca de 1% do PIB em 2013 (em linha com a média da UE); gerar poupanças adicionais nos custos operacionais dos hospitais<sup>268</sup>.

Para o efeito, o Governo Português decidiu rever e aumentar as taxas moderadoras, reduzir substancialmente as deduções fiscais relativas a encargos com a saúde, redefinir os

---

<sup>266</sup> Cfr. Catarina Santos Botelho, "Direitos Sociais em Contexto de Austeridade: Um Elogio Fúnebre ao Princípio da Proibição do Retrocesso Social", in *Revista da Ordem dos Advogados*, nº1 e 2, 2015, p.261.

<sup>267</sup> <http://www.bportugal.pt/pt-pt/estabilidadefinanceira/aestabilidadefinanceirapaef/oprogramaassistenciafinanceiraportugal/Paginas/inicio.aspx> (17/05/2016).

<sup>268</sup> Memorando de Entendimento Sobre as Condicionalidades de Política Económica, [http://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou\\_pt\\_20110517.pdf](http://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou_pt_20110517.pdf) (20/01/2016).

preços e comparticipação de medicamentos, alterar a prescrição médica, rever o sector farmacêutico, introduzir alterações no setor das compras e aprovisionamento, nos cuidados de saúde primários, nos serviços hospitalares e nos serviços transversais<sup>269</sup>.

Perante algumas destas medidas, o ministro da tutela solicitou ao Conselho Nacional de Ética e Ciências da Vida (CNECV) parecer sobre o "caráter ético" da redução dos meios em saúde que foram motivados pelas restrições orçamentais fixadas ao nível da despesa pública com medicamentos por via do Programa. No pedido de parecer refere que "as medidas em apreço se enquadram na necessidade de sustentabilidade do SNS e aponta como essencial a garantia de acesso aos cuidados de saúde por parte de todos os cidadãos"<sup>270</sup>.

O CNECV emitiu o parecer nº 64/CNECV/2012 sobre a fundamentação ética para o financiamento de três grupos de fármacos: retrovirais para doentes VIH+, medicamentos oncológicos e medicamentos biológicos em doentes com artrite reumatóide.

Concluiu-se no referido parecer que existe fundamento ético para que o Serviço Nacional de Saúde promova medidas para conter custos com medicamentos. Tais medidas devem basear-se num modelo faseado, transparente e participativo de tomada de decisões que assegure a mais justa e equilibrada distribuição dos recursos existentes, tornando-se urgente identificar as situações de desigualdade no acesso aos medicamentos pelos diferentes grupos de doentes, de forma a tentar impedir situações eticamente inaceitáveis, sendo também cuidadosamente analisadas as questões de justiça distributiva referentes às diferentes faixas etárias, nomeadamente o impacto de novos fármacos e cuidados ao longo da vida tendo em atenção a equidade intergeracional<sup>271</sup>.

Este parecer foi fortemente criticado por Maria Fernanda Palma, afirmando que o seu mérito reside apenas no alerta para a necessidade de transparência de critérios e para a desigualdade social no acesso à saúde, mas apresenta desconhecimento completo da dimensão constitucional do direito à saúde. Afirma ainda que a decisão médica será orientada por critérios económicos e obriga ainda a classe médica a "(...) prestar contas das suas decisões num plano de utilidade que não define e cede à mensagem subliminar de que pode haver uma ética na saúde a partir dos interesses dos nossos credores"<sup>272</sup>.

Portugal, assim como outros Estados do sul da Europa, foram incentivados a aplicar fortes medidas de austeridade por instituições supranacionais ou instituições financeiras

---

<sup>269</sup>Memorando de Entendimento Sobre as Condicionalidades de Política Económica, [http://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou\\_pt\\_20110517.pdf](http://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou_pt_20110517.pdf) (20/01/2016).

<sup>270</sup>Parecer nº64/CNECV/2012, de setembro de 2012.

<sup>271</sup>Parecer nº64/CNECV/2012, de setembro de 2012.

<sup>272</sup>Cfr. Maria Fernanda Palma, "Ética da Troika", 2012, <http://www.cmjornal.xl.pt/opiniao/detalhe/etica-da-troika.html>, interpol. nosso (7/05/2016).

internacionais, mas é importante notar que os mesmos Estados continuam a ser responsáveis por assegurar o respeito, proteção e cumprimento dos direitos humanos<sup>273</sup> devido aos compromissos assumidos internacionalmente e que continuam válidos e atuais.

Face ao exposto conclui-se que o Programa, assim como o parecer da CNECV que fundamentam cortes na saúde vêm demonstrar que as medidas são perspetivadas numa dimensão económico-financeira, esquecendo a dimensão constitucional do direito à saúde, embora seja reconhecida a necessidade de se garantir um acesso igual em saúde para todos os portugueses.

Apesar do conteúdo do parecer a existência de um PNS expressa as preocupações do Governo em matéria de saúde. Assim o PNS 2012-2016 declara o seu compromisso em "(...) manter, melhorar ou recuperar a saúde de indivíduos e populações em Portugal"<sup>274</sup> e pretende que o sistema de saúde responda às necessidades dos portugueses, dispondo para o efeito de planos nacionais e dos recursos financeiros adequados para potencializar o impacto das suas reformas<sup>275</sup>.

Por sua vez, as Grandes Opções do Plano traduzem a orientação estratégica da política de desenvolvimento económico e social, através da sua integração na estrutura do planeamento económico e social nacional. A lei 64-A/2011, de 30 de dezembro, aprovou as GOP, para o período 2012-2015, que integram, nos termos do art. 1º as "medidas de política e de investimentos que contribuem para as concretizar" e encontram o seu reflexo no orçamento de Estado apresentado pelo Governo, para cada ano financeiro. Nos termos do art. 2º, relativo ao enquadramento estratégico, estas opções "inserem-se nas estratégias de consolidação orçamental e de desenvolvimento da sociedade e da economia portuguesas, apresentadas pelo XIX Governo Constitucional e no relatório do Orçamento de Estado para 2012"<sup>276</sup>.

Visto que o PNS vigorou no período compreendido entre 2012-2016 e as GOP no período 2012-2015, em plena vigência do Programa de Assistência Económica e Financeira (2011-2014), consideramos que os diferentes instrumentos se posicionam em polos divergentes, colidindo nos fins que se propunham atingir, isto porque os primeiros visaram promover e proteger a saúde e o outro focou-se na consolidação orçamental, por obediência às medidas impostas pela Troika.

---

<sup>273</sup>(A)Although in many countries, States have been encouraged or compelled to push ahead with harsh austerity measures by supra national institutions or international financial institutions, such as the European Union or the IMF, it is important to note that States are still responsible for ensuring that human rights are respected, protected and fulfilled.", cfr. Magdalena Sepúlveda Carmona, "Alternatives to Austerity", in Aoife Nolan (dir) *Economic and Social Rights after the Global Financial Crisis*, Cambridge, University Printing House, 2014, p. 40.

<sup>274</sup>PNS 2012-2016, [www.pns.dgs.pt/pns-versao-resumo](http://www.pns.dgs.pt/pns-versao-resumo) (4/11/2015).

<sup>275</sup>PNS 2012-2016, [www.pns.dgs.pt/pns-versao-resumo](http://www.pns.dgs.pt/pns-versao-resumo) (4/11/2015).

<sup>276</sup>Lei n.º 64-A/2011, de 30 de Dezembro.



Ora a conjuntura económica e social apresenta desafios que vão desde: a baixa natalidade ao envelhecimento da população, a transição de doenças infeto-contagiosas para doenças crónico-degenerativas<sup>277</sup>, a sustentabilidade do serviço nacional de saúde e o ajustamento financeiro<sup>278</sup>.

Perante este cenário e tendo em conta que o PAEF foi projetado sem ter em conta os direitos fundamentais, concluímos que o direito à saúde foi comprimido e a sua efetivação sofreu limitações.

Um estudo recentemente publicado pela Fundação Francisco Manuel dos Santos afirma que Portugal continua a ser um dos países com maior desigualdade na União Europeia. Em 2013, um ano antes do *términus* da intervenção, já as desigualdades se tinham agudizado em dezanove (Portugal incluído) dos vinte e oito Estados-Membros. Entre os países que estiveram sob programas de ajustamento, apenas a Irlanda não aumentou a desigualdade e Portugal passou a estar ao nível da Grécia<sup>279</sup>, pelo que se questiona se o modelo adotado no PAEF terá sido ajustado à realidade portuguesa e se o resultado obtido foi adequado às medidas projetadas e implementadas, isto porque subsiste a ameaça de nova intervenção externa em Portugal<sup>280</sup>.

## 1.2. As reações ao Programa de Assistência Económica e Financeira

Na sequência dos cortes na saúde e consequentes restrições surgiram inúmeros comentários que se dispersaram por relatórios de entidades nacionais e estrangeiras, bem como críticas de peritos em diferentes áreas. Constata-se ainda que estes relatórios e comentários surgiram numa fase inicial, prolongaram-se ao longo e até ao final do Programa, persistindo até à atualidade apesar da "saída limpa"<sup>281</sup> da Troika<sup>282</sup>.

---

<sup>277</sup>A Enfermagem e as Leis, "Relatório da Primavera 2015", pp. 15, [www.aenfermagemasleis.pt/2015/06/16/relatorio-de-primavera-do-observatorio-portugues-dos-sistemas-de-saude-opss-2015/#axzz3xQ08YStM\(30/11/2015\)](http://www.aenfermagemasleis.pt/2015/06/16/relatorio-de-primavera-do-observatorio-portugues-dos-sistemas-de-saude-opss-2015/#axzz3xQ08YStM(30/11/2015)).

<sup>278</sup>Memorando de Entendimento Sobre as Condicionalidades de Política Económica, [http://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou\\_pt\\_20110517.pdf](http://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou_pt_20110517.pdf) (20/01/2016).

<sup>279</sup><http://portugaldesigual.ffms.pt/a-crise-foi-pior-em-portugal-do-que-na-europa> (20/09/2016).

<sup>280</sup>Numa notícia publicada no Jornal Sol, de 25 de setembro de 2016, de Sofia Martins Santos, dava conta que o FMI pediu medidas adicionais para o ano de 2016 e ainda 900 milhões de austeridade em 2017 (mesmo assim o défice de 2016 irá atingir os 3%, acima dos 2,5% exigidos por Bruxelas).

<sup>281</sup>Expressão usada pelo Ministro da Defesa Nacional, do XIX Governo Constitucional, relativa à saída da Troika afirmando que o programa de ajustamento financeiro constituiu motivo de orgulho para todos os portugueses. Referiu-se ao programa como muito exigente, de grande sacrifício para todos, mas as medidas adotadas garantirão um futuro mais otimista e sustentável, <http://www.tvi24.iol.pt/economia/aguiar-branco/ministro-saida-limpa-da-troika-e-grande-motivo-de-orgulho> (22/09/2016).

<sup>282</sup>Entidade formada por três organismos: a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu (BCE) e o Fundo Monetário Internacional (FMI). Foi a Troika que avaliou as contas reais de Portugal para definir as necessidades de financiamento do país.

Começamos por abordar um estudo sobre os impactos da crise na saúde, realizado por Constantino Sakellarides juntamente com um grupo de peritos, que refere que para identificar os impactos da crise sobre a saúde é necessário dispor de informação de qualidade, de uma vigilância ativa e partilhada de dados de saúde, de recursos adequados para a análise de dados sanitários e ter em conta que os efeitos na saúde podem não ocorrer no imediato. Acresce também que o estudo do impacto depende da vontade das autoridades de saúde para relatar esses efeitos<sup>283</sup>.

Os peritos demonstram que a falta de dados e de informação impedem a avaliação da saúde em Portugal, após a intervenção da Troika e acrescentam que só o decurso do tempo, poderá revelar se as medidas adotadas foram adequadas aos fins a que se propunham.

Recorrem ao Tratado de Maastricht e ao Tratado de Lisboa para afirmar que um grande avanço para a saúde pública europeia foi o reconhecimento no art. 129º, do Tratado de Maastricht (1992) de que todas as políticas públicas devem ser analisadas antes da sua execução em termos do seu efeito sobre a saúde. Essa noção foi ampliada e reforçada pela cláusula social do Tratado de Lisboa (2007). Mas não existe indicação de que as implicações sociais e de saúde foram consideradas na elaboração e adoção de programas de austeridade, incluindo o Português<sup>284</sup>.

Também o Relatório da Primavera 2016, do Observatório Português dos Serviços de Saúde (OPSS), considera que o impacto da austeridade ainda não é conclusivo porque a crise económica e a dívida pública não acabaram, pelo que o debate não se pode dar por terminado e continua a ser essencial conhecer o impacto da crise económica na saúde dos portugueses. Importa contudo definir políticas mais eficazes que protejam as populações mais vulneráveis, e que contribuam para uma maior sustentabilidade do sistema<sup>285</sup>.

Mesmo assim estão convictos de que a crise agudizou desafios que já existiam, sendo que o desafio mais visível é o da sustentabilidade do SNS, sob a constante ameaça de extinção.

---

<sup>283</sup>(I)dentifying the health impacts of the current crisis depends on the quality of available information, active monitoring and sharing of relevant health data, adequate resources for analysing health data and there cognition that health effects may not occur immediately. It also depends on health authorities' williness to report these effects.", cfr. Constantino Sekallarides *et al.*, "*Case Study: The impact of financial crisis on the health system and health in Portugal*", s/d, pp. 31 e 32.

<sup>284</sup>"A major breakthrough for European public health was the recognition in the Maastricht Treaty (1992, article 129) that all public policies should be analysed before their implementation in terms of their effect on health. This notion was broadened and reinforced by the social clause of the Lisbon Treaty (2007). (...) there is no indication that social and health implications were considered in designing and adopting austerity programmes, including the Portuguese", cfr. Constantino Sekallarides *et al.*, "*Case Study: The impact of financial crisis on the health system and health in Portugal*", s/d, pp. 31 e 32.

<sup>285</sup>Observatório Português dos Serviços de Saúde, "Relatório da Primavera 2016", s/d, <http://www.opss.pt/node/488> (27/06/2016).

A sustentabilidade depara-se com "a distribuição injusta dos níveis de saúde e a qualidade dos serviços"<sup>286</sup>.

O grande contributo para uma sustentabilidade do SNS a longo prazo deverá ser a garantia de melhores níveis de saúde, especialmente dos mais fragilizados como "os mais pobres ou com menos educação, quer pelo risco em que se encontram, como recém-nascidos, idosos, mulheres e pessoas socialmente excluídas ou marginalizadas"<sup>287</sup>.

Garantem que a sustentabilidade do SNS será assegurada através da melhoria da sua qualidade que significa "prevenção, seguimento, tratamento atempado, eficiente e eficaz, baseado na evidência, o que permite reduzir custos a longo prazo"<sup>288</sup>.

Afirmam que os últimos anos demonstraram que as políticas de cortes orçamentais acarretaram riscos para as áreas sociais, nomeadamente no agravamento das desigualdades entre os portugueses, pelo que, as desigualdades devem ser combatidas através da definição de políticas macro-económicas que protejam os orçamentos públicos<sup>289</sup>.

No mesmo sentido, Magdalena Sepúlveda Carmona afirma que na formulação de políticas de resposta à crise (que vão desde redução nos gastos públicos, aumento dos impostos, contração de empréstimos junto de instituições financeiras ou organismos supranacionais), os Estados devem garantir a total transparência, incluindo o diálogo nacional com a participação efetiva da sociedade civil, especialmente daqueles que serão diretamente afetados por tais medidas, pelo que deve ser disponibilizada informação acessível e devem ser criados mecanismos inclusivos para garantir que todos serão envolvidos na elaboração das opções políticas<sup>290</sup>.

O Conselho de Ministros da Saúde, do Conselho Europeu, em 2011, reconheceu a "necessidade de garantir o acesso equitativo a serviços de saúde de alta qualidade, principalmente em circunstâncias de escassez de recursos, como forma de prevenir maior

---

<sup>286</sup>Observatório Português dos Serviços de Saúde, "Relatório da Primavera 2016", s/d, <http://www.opss.pt/node/488> (27/06/2016).

<sup>287</sup>Observatório Português dos Serviços de Saúde, "Relatório da Primavera 2016", s/d, <http://www.opss.pt/node/488> (27/06/2016).

<sup>288</sup>Observatório Português dos Serviços de Saúde, "Relatório da Primavera 2016", s/d, <http://www.opss.pt/node/488> (27/06/2016).

<sup>289</sup>Observatório Português dos Serviços de Saúde, "Relatório da Primavera 2016", s/d, <http://www.opss.pt/node/488> (27/06/2016).

<sup>290</sup>"(I)n response to the crises such as reductions in public expenditure, increases in taxation or entering into conditional loans with donors or financial institutions, States must allow for full transparency and the broadest possible national dialogue, with effective and meaningful participation of civil society, including those who will be directly affected by such policies. To this end, it must provide information in an accessible format to the population and establish inclusive mechanisms to ensure that they are actively engaged in devising the most appropriate policy options", cfr. Magdalena Sepúlveda Carmona, "Alternatives to Austerity", in Aoife Nolan (dir), *Economic and Social Rights after the Global Financial Crisis*, Cambridge, University Printing House, 2014, p. 29.

impacto da crise, mas também de alavancar o futuro desenvolvimento económico<sup>291</sup>. Segundo o Conselho, o momento histórico que vivemos é caracterizado por dois fatores importantes: a crise e transição demográfica/epidemiológica<sup>292</sup>.

No que respeita à transição demográfica, caracteriza-se pela passagem de uma sociedade jovem, para uma sociedade envelhecida e a epidemiológica, caracteriza-se pela passagem de um perfil predominante de doenças infecto-contagiosas para um outro de doenças crónico-degenerativas<sup>293</sup>.

Apesar das preocupações demonstradas pela União Europeia e do compromisso assumido pelos ministros da saúde dos estados membros, em garantir um acesso equitativo à saúde, não deixa de merecer particular atenção o paradoxo das políticas implementadas em Portugal e acertadas entre o governo Português e a Troika.

É a Cáritas que confirma, no seu relatório "Europa 2015" que as instituições europeias se concentram no crescimento económico e na inovação, ignorando que as desigualdades não se combatem sem a criação de empregos dignos que retirem as crianças e as suas famílias da pobreza. Considera que os sistemas de proteção portugueses continuam a ser pressionados e obrigados a adotar critérios restritivos que impedem uma cobertura mais alargada aos grupos vulneráveis<sup>294</sup>.

Neste relatório afirma-se que os europeus estão insatisfeitos com o projeto europeu e com o *déficit* democrático na definição das medidas que têm permitido alterações políticas, que a UE abandonou o objetivo da coesão social, ignorando os impactos sociais, as crianças, as taxas de emigração, o corte em bens essenciais por parte das famílias, o desemprego, especialmente o desemprego jovem, instabilidade no emprego e o trabalho precário. Portugal, foi o país com maior aumento da taxa de risco de pobreza<sup>295</sup> e exclusão social e a segunda maior dívida pública em comparação com o PIB<sup>296</sup>.

---

<sup>291</sup>A Enfermagem e as Leis, "Relatório da Primavera 2015", [www.aenfermagemasleis.pt/2015/06/16/relatorio-de-primavera-do-observatorio-portugues-dos-sistemas-de-saude-opss-2015/#axzz3xQ08YStM](http://www.aenfermagemasleis.pt/2015/06/16/relatorio-de-primavera-do-observatorio-portugues-dos-sistemas-de-saude-opss-2015/#axzz3xQ08YStM) (4/11/2015).

<sup>292</sup>A Enfermagem e as Leis, "Relatório da Primavera 2015", [www.aenfermagemasleis.pt/2015/06/16/relatorio-de-primavera-do-observatorio-portugues-dos-sistemas-de-saude-opss-2015/#axzz3xQ08YStM](http://www.aenfermagemasleis.pt/2015/06/16/relatorio-de-primavera-do-observatorio-portugues-dos-sistemas-de-saude-opss-2015/#axzz3xQ08YStM) (4/11/2015).

<sup>293</sup>A Enfermagem e as Leis, "Relatório da Primavera 2015", [www.aenfermagemasleis.pt/2015/06/16/relatorio-de-primavera-do-observatorio-portugues-dos-sistemas-de-saude-opss-2015/#axzz3xQ08YStM](http://www.aenfermagemasleis.pt/2015/06/16/relatorio-de-primavera-do-observatorio-portugues-dos-sistemas-de-saude-opss-2015/#axzz3xQ08YStM) (4/11/2015).

<sup>294</sup>Cáritas, "Relatório da Crise: Europa 2015", [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/20150219%20relatorio%20da%20crise%20da%20critas%20europa%202015\\_notas%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/20150219%20relatorio%20da%20crise%20da%20critas%20europa%202015_notas%20(3).pdf) (27/04/2016).

<sup>295</sup>Quanto maior é a desigualdade, maior é o risco de pobreza nos países europeus. Os mais pobres foram os que perderam uma maior proporção do seu rendimento durante a crise e isso refletiu-se no aumento da desigualdade. Ao mesmo tempo, essa perda agravou todos os indicadores de pobreza em Portugal. E foram sobretudo as crianças que mais sofreram, fruto dos cortes nas prestações sociais das famílias, <http://portugaldesigual.ffms.pt/desigualdade-e-pobreza-sao-o-mesmo> (20/09/2016).

<sup>296</sup>Cáritas, "Relatório da Crise: Europa 2015",

Apesar das medidas e das suas repercussões na vida das pessoas, Joseph Stiglitz considera que a austeridade foi um fracasso para Portugal, como também para todos os outros países em que se tentou esta mesma política. A estabilização da economia portuguesa tem a ver com as medidas do Banco Central Europeu e considera que a zona euro não será capaz de mudar as suas políticas. Cinco anos depois do pedido de resgate financeiro e quase dois anos após a sua conclusão, os números indicam que a situação financeira e económica do país melhorou em alguns indicadores, mas ainda não cumpre os parâmetros de referência de Bruxelas. Portugal continua com um défice orçamental acima do limite definido pelas regras europeias, com uma dívida pública superior a 120% e com o desemprego acima de 10%. Já a dívida pública aumentou dos 111,4% do PIB em 2011 para os 128,8% no final do ano passado. O FMI assinala que Portugal apresenta um crescimento "modesto" e estima que a economia portuguesa vá abrandar este ano e em 2017. O PIB deve crescer 1,4%, este ano e 1,3%, em 2017<sup>297</sup>.

Por sua vez, o Comissário dos Direitos Humanos do Conselho da Europa, Nils Muiznieks, no seu relatório de 2013, afirmava que não são só os governos nacionais que se esquecem dos direitos dos mais vulneráveis, mas também os organismos internacionais credores. Considera o Comissário que as decisões dos governos e das entidades internacionais deviam ser pautadas por critérios de transparência, participação pública e responsabilização democrática, sob pena de se infligirem efeitos nefastos na proteção social, na educação e na saúde. Ainda na sua opinião, a implementação de políticas de austeridade deve ser estudada de forma a que o impacto nos direitos humanos seja minimizado<sup>298</sup>.

Apontou também a necessidade de se priorizar as políticas de emprego, de proteção social e de cuidados de saúde durante a crise. A monitorização e avaliação das políticas económicas e orçamentais nos direitos humanos demonstra-se determinante na salvaguarda dos direitos dos grupos mais vulneráveis e da proteção da dignidade dos seres humanos<sup>299</sup>.

Em junho de 2015, o Comité dos Assuntos Sociais, Saúde e Desenvolvimento Sustentável, do Conselho da Europa, publicou o relatório "Rumo a um Novo Modelo Social Europeu". A relatora, Maria de Belém Roseira, refere que se impõe um novo Modelo Social

---

[file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/20150219%20relatrio%20da%20crise%20da%20critas%20europa%202015\\_notas%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/20150219%20relatrio%20da%20crise%20da%20critas%20europa%202015_notas%20(3).pdf) (27/04/2016).

<sup>297</sup>Lusa, "A Austeridade foi um Fracasso para Portugal", 2016, [http://24.sapo.pt/article/lusa-sapo-pt\\_2016\\_04\\_17\\_1370993358\\_-a-austeridade-foi-um-fracasso-para-portugal---diz-o-nobel-joseph-stiglitz](http://24.sapo.pt/article/lusa-sapo-pt_2016_04_17_1370993358_-a-austeridade-foi-um-fracasso-para-portugal---diz-o-nobel-joseph-stiglitz) (21/12/2015).

<sup>298</sup>Lusa, "Austeridade enfraquece os Direitos Humanos, alerta o Conselho da Europa", 2013, <https://www.publico.pt/sociedade/noticia/austeridade-enfraquece-os-direitos-humanos-alerta-conselho-da-europa-1615008> (21/12/2015).

<sup>299</sup>Lusa, "Austeridade enfraquece os Direitos Humanos, alerta o Conselho da Europa", 2013, <https://www.publico.pt/sociedade/noticia/austeridade-enfraquece-os-direitos-humanos-alerta-conselho-da-europa-1615008> (21/12/2015).

Europeu (MSE), que deverá ser muito semelhante ao da OIT e que se traduz: na igualdade de acesso ao emprego; condições de trabalho dignas e sistemas de proteção social e aos serviços públicos, incluindo educação e cuidados de saúde, com o objetivo de minimizar as desigualdades em vários níveis, a médio prazo. Deverá ser instituído apoio para aqueles que necessitam de uma proteção especial, desde as crianças, os jovens, os idosos, as pessoas com deficiência, minorias étnicas e os migrantes, ou seja, um modelo que respeite os valores humanistas como a inclusão social, a coesão e a solidariedade<sup>300</sup>.

O MSE representa um conjunto de valores, realizações e aspirações que vão variando em forma e grau de concretização, entre os diferentes Estados Europeus<sup>301</sup> e que precisa de ser adaptado aos desafios do Séc. XXI.

Contudo, a médio prazo os sistemas de bem-estar sustentáveis exigem o restabelecimento da confiança pública nas finanças públicas, por combate à corrupção, evasão fiscal e da revisão dos modos de redistribuição dos impostos<sup>302</sup>.

Outra questão abordada no relatório relaciona-se com as políticas de saúde que não são apenas uma garantia de bem-estar e produtividade, mas sim uma fonte de novos postos de trabalho e rendimento. Em tempos de escassez de recursos financeiros deve ser assegurada a sustentabilidade dos sistemas de saúde, para garantir o acesso universal aos cuidados de saúde de boa qualidade para todos<sup>303</sup>.

Os Estados europeus e a União Europeia são conhecidos por defenderem a ideia de uma "Europa social", fundada no princípio do *sozialstaat* onde as normas de direitos humanos são respeitadas, mas os compromissos que assumem tardam a ver expressão no direito e na política. Há contudo a expectativa que o direito internacional dos direitos humanos possa influenciar a legislação da UE na área social e consequentemente a legislação nacional e a política dos

---

<sup>300</sup>(I) would like to share my own personal vision of a new ESM. It partly corresponds to the ILO definition provided above and would therefore include – in my own words – equal access for all to employment, to decent working conditions, to social protection systems and to public services, including education and health care, with the objective of overcoming or at least minimising inequalities at various levels in the medium term. It would also include special support to those in need of special protection, including children, the young people, the elderly, and those regularly discriminated against, including people with disabilities, ethnic minorities and migrants. A European societal model should uphold humanist values like social inclusion, cohesion and solidarity", Committee on Social Affairs, Health and Sustainable Development, *Towards a new European Social Model*, doc. 13795 report, junho de 2011, p. 12.

<sup>301</sup>"The European Social Model is an evolving set of principles and policies responding to the aspirations and expressed democratic votes of the peoples of Europe (...)", Committee on Social Affairs, Health and Sustainable Development, *Towards a new European Social Model*, doc. 13795 report, junho de 2011, p. 3.

<sup>302</sup>(S)ustainable welfare systems require rebuilding public trust in public finances by fighting corruption or tax evasion and by revising modes of redistribution (...)", Committee on Social Affairs, Health and Sustainable Development, *Towards a new European Social Model*, doc. 13795 report, junho de 2011, p. 12.

<sup>303</sup>(T)he sustainability of health systems themselves needs to be ensured, notably in times of scarce financial resources, to continue providing universal access to good quality health care to all. Active social inclusion strategies should therefore include broad access to affordable and high-level health services as also being asked for by the European Commission.", Committee on Social Affairs, Health and Sustainable Development, *Towards a new European Social Model*, doc. 13795 report, junho de 2011, p. 12.

Estados-membros, apesar da crise que assola o continente suscitar dúvidas sobre se os direitos sociais não serão apenas incorporados como fazendo parte da sua "paisagem jurídica"<sup>304</sup>.

Para Carlos Blanco de Moraes, o prolongamento da situação de crise financeira e social pode levar ao fenómeno de "agitação social e até de potencial violência", num cenário sociopolítico em que as gerações, dos mais novos e mais velhos, são crescentemente colocadas à margem do sistema político e social<sup>305</sup>.

Ulrich Beck refere o seguinte em relação à crise do euro "há sociedades inteiras a descer, num elevador, para um andar abaixo, devido aos programas de austeridade"<sup>306</sup>. A "crise financeira abriu um fosso entre os países do norte e os países do sul da UE (...)" e "embora recebam pagamentos compensatórios da UE, os países do sul sentem-se explorados e abandonados". Quem encara a crise europeia "(...) como uma crise económica pode tornar-se cego para aquilo que está realmente em jogo: criar uma Europa em posição de encontrar respostas para a mudança fundamental e para os grandes desafios, sem recair na xenofobia e na violência". Considera que "a Europa é uma aliança de culturas mundiais e superpotências que procuram uma saída da sua história bélica. A arrogância dos europeus do norte em relação aos do sul, preguiçosos e sem disciplina, demonstra um esquecimento brutal da história e uma ignorância cultural"<sup>307</sup>.

Estes países do sul, como a Grécia, Portugal e Espanha, têm sido descritos como merecedores da radical reestruturação dos seus sistemas de proteção social por terem sido os únicos responsáveis do seu próprio infortúnio<sup>308</sup>.

---

<sup>304</sup>"(E)uropean States together with the EU as a transnational entity formally embraced the idea of a 'social Europe', founded on respect for the *Sozialstaat* principle (...). However, this formal embrace of the idea of 'social Europe' is not necessarily reflected in law and polic(y)" (...) "(A)s a result, the possibility exists that international human rights law may yet influence the development of EU law in the social field, and, by extension, national law and policy" (...) "(i)t remains to be seen whether European States will be prepared to translate their formal commitment to respecting social rights into concrete legal and policy measures, or whether the current economic crisis marks the end of the attempt to establish a 'social Europe' and to embed social rights protection into the legal and political landscape of the continent", cfr. Colm O'Conneide "Austerity and the faded dream of a 'social Europe'", in Aoife Nolan (dir) *Economic and Social Rights after the Global Financial Crisis*, Cambridge, University Printing House, 2014, pp. 200 e 201, itálico no original.

<sup>305</sup>Cfr. Carlos Blanco de Moraes, "De Novo a Querela da 'unidade dogmática' entre Direitos de Liberdade e Direitos Sociais em Tempos de 'exceção financeira'", nº3, 2014, in *Revista Eletrónica de Direito Público*, <http://e-publica.pt/pdf/artigos/unidade-dogmatica.pdf> (10/06/2016).

<sup>306</sup>Cfr. Ulrich Beck, *Das Neue Europa. Neue Machtlandschaft in Zeiten der Krise*, Berlim, 2012, tradução portuguesa de Marian Toldy e Teresa Toldy, *A Europa Alemã: De Maquiavel a «Merkievel», Estratégias de Poder na Crise do Euro*, tradução portuguesa de Marian Toldy e Teresa Toldy, Lisboa, Almedina, 2014, p.23, interp. nosso.

<sup>307</sup>Cfr. Ulrich Beck, *Das Neue Europa. Neue Machtlandschaft in Zeiten der Krise*, Berlim, 2012, tradução portuguesa de Marian Toldy e Teresa Toldy, *A Europa Alemã: De Maquiavel a «Merkievel», Estratégias de Poder na Crise do Euro*, tradução portuguesa de Marian Toldy e Teresa Toldy, Lisboa, Almedina, 2014, pp. 36 e 37, interpol. nosso.

<sup>308</sup>"(T)he countries most enmeshed in the Eurozone debt crisis, namely Greece, Ireland, Portugal and Spain, have been widely portrayed as 'deserving' the radical re-structuring of their systems of social protection that they have been forced to implement, on the basis that they were the sole authors of their own misfortune", cfr. Colm O'Conneide "Austerity and the faded dream of a 'social Europe'", in Aoife Nolan (dir) *Economic and Social Rights after the Global Financial Crisis*, Cambridge, University Printing House, 2014, p. 186.

Expostos os diversos argumentos que vão desde a alteração do Modelo Social Europeu à crítica ao Modelo Social da União Europeia, aos comentários dos relatores, às críticas emitidas por estudiosos nas áreas do Direito, da Sociologia, da Economia e da Saúde, questionamos se a jurisprudência constitucional será capaz de dar resposta às questões suscitadas no caso de a crise permanecer, agudizando a pobreza, o desemprego, a erosão da classe média, a paz social, ou seja limitando ainda mais ou erradicando os direitos sociais dos portugueses.

### 1.3. Mecanismos de proteção dos direitos sociais

À questão deixada em aberto no ponto anterior remetemos para uma reflexão de Catarina Santos Botelho em relação à jurisprudência constitucional, visto que as decisões do tribunal constitucional causaram perturbação e foram contestadas pelos portugueses.

A autora corrobora a tese de adesão a uma "retórica da crise como fundamento de um certo *favor legislatoris*" sendo disso expressão a viabilização dos primeiros cortes salariais através do acórdão nº 396/2011; a "*matização desta posição*", através de referências (diretas) indiretas ao legislador, no sentido de que com o avançar do tempo, a tolerância da jurisdição constitucional ao argumento da crise seria menor" conforme o acórdão nº 187/2013, que viabilizou o corte nas horas extraordinárias dos funcionários públicos e a Contribuição Extraordinária de Solidariedade, mas que acabou por invalidar a suspensão do subsídio de férias a pensionistas, funcionários e docentes de investigação; a "formulação do juízo de constitucionalidade segundo uma *lógica de normalidade*, dando como superado o argumento da conjuntura económico-financeira excecional", expresso no acórdão nº 575/2014 que chumbou a Contribuição de Sustentabilidade que seria de aplicar sobre as pensões a partir de 2015, com fundamento na violação do princípio da proteção da confiança<sup>309</sup>.

Pelo exposto, somos levados a concluir que a persistir a situação de crise o tribunal, presumivelmente, abandonaria os argumentos invocados (defesa do interesse público e carácter transitório das medidas) para defender a Constituição, os direitos sociais e as pessoas.

Questionamos ainda o papel de cada português na luta contra o infortúnio e na defesa dos seus direitos e dos direitos das gerações vindouras. Somos da opinião que cada momento histórico é composto pelas diferentes opções políticas apresentadas pelos partidos nas eleições periódicas, pelo exercício do direito de voto e do exercício de uma cidadania ativa<sup>310</sup> traduzida

---

<sup>309</sup>Cfr. Catarina Santos Botelho, "Os Direitos Sociais num Contexto de Austeridade: Um Elogio Fúnebre ao Princípio da Proibição do Retrocesso Social?", in *Revista da Ordem dos Advogados*, nº 1 e 2, 2015, pp. 292 e 293, itálico no original.

<sup>310</sup>Cidadão ativo é aquele que se envolve e compromete com os assuntos da comunidade onde vive.



por exemplo na possibilidade de apresentar queixas junto das Nações Unidas, do Tribunal de Justiça da União Europeia ou do Tribunal Europeu dos Direitos Humanos. A autoexclusão ou demissão de todo o processo, ou seja, deste conjunto de direitos e de vivências sociais, pode significar a entrega nas mãos de terceiros dos seus desejos e aspirações.

Ora Benedita Mac Crorie afirma que a "(...) crise económica se reflecte inevitavelmente na protecção conferida aos direitos sociais, na medida em que a sua concretização depende dos recursos financeiros existentes", mas lembra que a ratificação, pelo Estado Português do Protocolo Facultativo ao Pacto Internacional de Direitos Económicos, Sociais e Culturais, permitirá, apresentar queixas individuais por violações dos direitos previstos no Pacto, perante o Comité DESC<sup>311</sup>.

O mecanismo de queixas individuais a que faz referência Benedita Mac Crorie encontra-se previsto no Protocolo Facultativo ao Pacto Internacional Sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais, publicado em 21/01/2013, em Resolução da Assembleia da República n.º 3/2013.

O art. 2º da Resolução dispõe que "As comunicações podem ser submetidas por ou em nome de indivíduos ou grupos de indivíduos, sob a jurisdição de um Estado-Parte, que aleguem serem vítimas de uma violação, por esse Estado-Parte, de qualquer um dos direitos económicos, sociais e culturais enunciados no Pacto. Sempre que uma comunicação seja submetida em representação de indivíduos ou grupos de indivíduos, é necessário o seu consentimento, a menos que o autor consiga justificar a razão que o leva a agir em sua representação sem o referido consentimento".

Este mecanismo de recurso no plano das Nações Unidas será um dos meios ao dispor dos cidadãos para garantir os direitos sociais, visto que o compromisso assumido por Portugal vai no sentido de reforçar a promoção e defesa dos direitos sociais, nomeadamente o direito à saúde.

Também no plano europeu a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, como já referimos, prevê a protecção de um conjunto de direitos, entre os quais destacamos a saúde. Prevista no art. 35º, sob a epígrafe "Protecção da saúde" refere que "Todas as pessoas têm direito de aceder à prevenção em matéria de saúde e de beneficiar de cuidados médicos, de acordo com as legislações e práticas nacionais. Na definição e execução de todas as políticas e ações da União é assegurado um elevado nível de protecção de saúde humana".

---

<sup>311</sup>Cfr. Benedita Mac Crorie, "Os Direitos Sociais em Crise?", in *Encontro de Professores Portugueses de Direito Publico* (coord. Pedro Gonçalves, Carla Amado Gomes, Helena Melo e Filipa Calvão), ICPJ/FDUL, Lisboa, 2013, pp. 45 e 46.

Também o art. 47º dispõe que "Toda a pessoa cujos direitos e liberdades garantidos pelo direito da União tenham sido violados tem direito a uma ação perante um tribunal nos termos previsto no presente artigo".

Por sua vez, o art. 52º, relativo ao âmbito e interpretação dos direitos e princípios, refere no seu nº 1 que "Qualquer restrição ao exercício dos direitos e liberdades reconhecidos pela presente carta deve ser prevista por lei e respeitar o conteúdo essencial desses direitos e liberdades".

Perante o exposto fica patente a preocupação da UE com os direitos fundamentais dos cidadãos europeus.

Ao referido acresce ainda o disposto no art. 2º do TUE, relativo aos valores da UE em que expressa o seguinte "A União funda-se nos valores do respeito pela dignidade humana, da liberdade, da democracia, da igualdade, do Estado de Direito e do respeito pelos direitos humanos (...). Estes valores são comuns aos Estados-Membros, numa sociedade caracterizada pelo pluralismo, a não discriminação, a tolerância, a justiça, a solidariedade (...)".

O compromisso assumido pelos Estados-Membros aquando da adesão à UE implica o respeito pelos seus valores e normas, pelo que no caso de risco manifesto da violação grave dos valores, ficam sujeitos ao disposto no art. 7º do TUE, o que poderá significar a perda de direitos decorrentes da aplicação dos tratados, nomeadamente o direito de voto.

Por sua vez, compete ao Tribunal de Justiça interpretar a legislação da UE para garantir que esta é aplicada da mesma forma em todos os países e deliberar sobre diferendos jurídicos entre governos nacionais e instituições da UE<sup>312</sup>.

Os particulares, as empresas e as organizações podem também, em determinadas circunstâncias, recorrer ao Tribunal se considerarem que os seus direitos foram infringidos por uma instituição europeia. O Tribunal pronuncia-se sobre os processos que são submetidos à sua apreciação, sendo disso exemplo a "Anulação de atos legislativos europeus (recurso de anulação)". Este recurso consiste na anulação de atos se se considerar que esse ato legislativo infringe os tratados da UE ou os direitos fundamentais<sup>313</sup>.

O Conselho da UE, a Comissão Europeia ou, em certos casos, o Parlamento Europeu, podem solicitar ao Tribunal a anulação do ato em questão ou até mesmo o particular pode também solicitar ao Tribunal a anulação de um ato da UE que lhe diga diretamente respeito<sup>314</sup>.

---

<sup>312</sup>[https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/court-justice\\_pt](https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/court-justice_pt) (10/10/2016).

<sup>313</sup>[https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/court-justice\\_pt](https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/court-justice_pt) (10/10/2016).

<sup>314</sup>[https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/court-justice\\_pt](https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/court-justice_pt) (10/10/2016).

As instituições da UE podem ser alvo de sanções<sup>315</sup> (*ações de indemnização*) por parte do tribunal, quando os interesses de qualquer pessoa ou empresa tenham sido lesados na sequência de ação ou inação da UE ou do seu pessoal<sup>316</sup>.

Tendo em conta o que foi dito relativo à adoção do PAEF, nomeadamente: o estudo realizado por Constantino Sakellarides e um grupo de peritos em que relata que o Programa não se debruçou sobre as implicações sociais das medidas, para além de que a falta de informação não permite, para já, revelar se as medidas adotadas foram adequadas aos fins a que se propunham; o Relatório da Primavera 2016, do OPSS, em que afirma que o impacto da austeridade não é conclusivo porque a crise económica e a dívida pública ainda não acabaram, mas consideram que as políticas de cortes orçamentais acarretam riscos para as áreas sociais; o Relatório da Cáritas, em que relata que os sistemas de proteção social continuam a ser pressionados e obrigados a adotar critérios restritivos; por último, os comentários do Comissário dos Direitos Humanos do CoE, afirmam que as políticas de austeridade devem ser estudadas de forma a que o impacto nos direitos humanos seja minimizado.

Por sua vez as medidas adotadas pelo Governo, na sequência do PAEF, consistiram, nomeadamente, no corte nos transportes de doentes, no aumento das taxas moderadoras, no condicionamento no número de exames e na regularidade das consultas cujos efeitos se repercutiram no acesso à saúde e no acompanhamento do doente<sup>317</sup>. Ao referido acresce que as consultas, para os doentes autoimunes se concentram nos hospitais centrais (por serem estes os hospitais que dispõem de profissionais das diferentes especialidades médicas), situados na maioria dos casos nas capitais de distrito, gerando por isso encargos acrescidos nas deslocações entre o local de residência e o hospital.

Presumivelmente, tais encargos terão levado muitos dos doentes a não comparecerem às consultas e à realização dos exames médicos, prejudicando a sua saúde por falta de recursos financeiros<sup>318</sup>.

---

<sup>315</sup>Uma notícia de 26 de setembro de 2016, do Jornal de Notícias dava conta que o Tribunal de Justiça da União Europeia proferiu uma sentença que abria a possibilidade de levar a julgamento a Comissão Europeia e o Banco Central Europeu pelos efeitos das medidas impostas nos resgates financeiros, <http://www.jn.pt/mundo/interior/tribunal-abre-caminho-para-levar-a-troika-a-julgamento-5405335.html#ixzz4LOUirDM3> (10/10/2016).

<sup>316</sup>[https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/court-justice\\_pt](https://europa.eu/european-union/about-eu/institutions-bodies/court-justice_pt) (10/10/2016).

<sup>317</sup>Uma notícia de 9 de abril de 2014, relatava que o aumento e a não isenção para doentes crónicos (exceto doentes com incapacidade igual ou superior a 60%) levou a diversos constrangimentos na saúde dos autoimunes, nomeadamente ao condicionamento no número de exames e na regularidade das consultas. Segundo o NEDAI, é recomendável que os pacientes autoimunes se submetam regularmente a consultas e realizem exames médicos periódicos para um acompanhamento e vigilância regular da evolução da doença, Notícias ao Minuto, "Isenção nas doenças autoimunes tem 'impacto negativo' nos doentes", 2014, <https://www.noticiasao minuto.com/pais/201107/isencao-nas-doencas-autoimunes-tem-impacto-negativo-nos-doentes> (17/10/2016).

<sup>318</sup>RTP, "Doentes faltam a tratamento por falta de dinheiro", 2012,

Pelo exposto concluímos que o direito à saúde conforme previsto no ordenamento jurídico português terá sofrido restrições e por força dessas restrições alguns doentes autoimunes poderão ter sido colocados numa situação que não lhes permite, nas palavras de Jorge Reis Novais "as condições mínimas de autodeterminação pessoal", sendo essas condições mínimas de autodeterminação pessoal o critério para aferir o conteúdo mínimo do direito, neste caso o direito dos doentes autoimunes à saúde.

## Considerações Finais

1. Escolhemos como ponto principal do nosso trabalho a crise, os direitos dos doentes autoimunes e a igualdade de género em Portugal, tentando conhecer o contexto em que se movem estes pacientes, com base no princípio que todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover, conforme previsto no art. 64º nº 1, da CRP e entender de que forma é que a crise atingiu as suas vivências e condições de vida.

2. Ao estarmos perante um conjunto indeterminado de pacientes, portadores de doença crónica incapacitante, quisemos saber como opera o princípio da igualdade, na sua dimensão garantística da proibição da discriminação, através da previsão de direitos específicos de forma a diminuir as desigualdades de facto com que os doentes autoimunes se deparam e como são pensadas as políticas públicas para atenuar as repercussões da doença nas esferas pública e privada.

3. A dificuldade de diagnóstico da(s) doença(s), a falta de estudos sobre a situação existente de facto em Portugal, de políticas públicas e de um programa nacional vocacionado para os doentes autoimunes, a inexistência de consultas multidisciplinares, de protocolo de encaminhamento dos doentes que resulta na sua dispersão pelas especialidades médicas, de afetação de recursos humanos e financeiros em nada garante a segurança médica do doente nem a efetivação do direito à saúde dos portadores de doenças autoimunes. Todos os fatores reunidos inviabilizam saber quem são, quantos são, quais as doenças predominantes (do foro da hematologia, da oftalmologia, da reumatologia, da dermatologia, ginecologia, entre outras) e quais as suas necessidades.

4. Ao nível das relações laborais, o Código do Trabalho prevê um conjunto de disposições dedicadas aos trabalhadores com capacidade de trabalho reduzida que apesar de bem intencionados, não se nos afigura que sejam suficientemente protetores dos trabalhadores, por deixarem à discricionariedade do empregador decisões sobre a aplicação de um regime mais favorável ao trabalhador.

No que respeita aos benefícios fiscais e sociais, atribuídos numa fase avançada da doença e resultado da fixação de uma incapacidade, demonstram uma preocupação humanizante do legislador, embora apresentem o inconveniente de se encontrarem dispersos por um

aglomerado de legislação avulsa e em constante alteração, deixando os pacientes dependentes de terceiros para ter acesso à informação e conseqüentemente ao gozo desses direitos.

5. Acresce a estas questões a igualdade de género, isto porque, nos termos do único estudo disponível (da SPR) as mulheres são as mais atingidas pelas doenças autoimunes. Como tem sido demonstrado, tanto pelas NU como pela UE, as mulheres são alvo de práticas discriminatórias que persistem no tempo e que as limitam no exercício dos seus direitos, ora a doença e a capacidade de trabalho diminuída vem agravar a sua vulnerabilidade, tornando-as fisicamente frágeis e economicamente débeis.

6. A crise económica e financeira, mundial e nacional, contribui para o agravamento do cenário, acompanhada por medidas de austeridade que comprimem direitos, os direitos sociais que dependem de uma conjuntura económica favorável.

7. Por não ser possível separar direitos sociais de finanças públicas sólidas e orçamentos de Estado equilibrados, as opções políticas muitas das vezes dependem dos encargos que se pretendam fazer repercutir nos contribuintes. Esta questão decorre da natureza política da tarefa concretizadora dos direitos sociais que correspondem a direitos sob a “reserva do possível” que deve ser percebida como uma reserva constitucional de ponderação dos direitos sociais com o princípio de sustentabilidade<sup>319</sup>.

8. No que respeita à Constituição Portuguesa, o princípio da sustentabilidade deve estar associado às tarefas fundamentais previstas no art.9º. Na verdade, o princípio de sustentabilidade das finanças públicas nacionais pode considerar-se um princípio de Direito da União Europeia intrínseco à integração monetária<sup>320</sup>.

9. As opções político-legislativas, as expetativas depositadas no Estado e nos seus poderes, dependem ainda das conceções dominantes que para uns representam uma maior intervenção do Estado na vida pública e que para outros deverá deixar-se à iniciativa privada a resposta a necessidades mesmo no âmbito da efetivação do direito à saúde.

---

<sup>319</sup>Cfr. Luís Pereira Coutinho, "Os Direitos Sociais como Compromissos", in *e-Publica-Revista Eletrónica de Direito Público*, nº 3, 2014, pp. 4 e 5.

<sup>320</sup>Cfr. Luís Pereira Coutinho, "Os Direitos Sociais como Compromissos", in *e-Publica-Revista Eletrónica de Direito Público*, nº 3, 2014, p. 5.

10. A ideia de que o Estado Social era um Estado garantidor de realização progressiva de bem-estar social entrou em crise devido à sua incapacidade financeira e fiscal. Esta questão tem suscitado discussões no sentido de saber se este modelo tem capacidade para resistir às crises ou se se impõe um novo modelo. O Estado Social pode intervir menos, mas tal não significa menos empenho com a causa social e com a promoção da igualdade entre as pessoas. Por isso o poder político-legislativo se debate com o desafio da melhor gestão de recursos que são consabidamente escassos<sup>321</sup>.

11. Mas os fatores económicos não podem ser o escudo dos Estados na ineficiente promoção dos direitos sociais, porque se os recursos são escassos, deve aprimorar-se a gestão pública, aumentando a eficiência administrativa, a boa governação e reduzir o desperdício, combater a corrupção e o Estado-paralelo<sup>322</sup>.

12. O Tribunal Constitucional tem a obrigação de dar vida à constituição, permitindo que se adapte às mudanças da realidade constitucional, mas sem permitir que se afaste dos seus compromissos fundamentais que são a proteção e promoção da dignidade da pessoa humana e do Estado de Direito Democrático<sup>323</sup>.

13. Os compromissos internacionais assumidos pelo Estado Português, quer ao nível das Nações Unidas quer Europeus, são expressão da garantia do respeito pelos direitos humanos, mesmo que hajam de conformar-se os interesses económicos e financeiros de instituições financeiras internacionais com os direitos humanos.

14. Em conclusão, o que se pretende é que todos possam ver efetivado o seu direito à saúde ao longo do ciclo de vida e de acordo com as suas necessidades, nos termos em que o direito foi idealizado pelas Nações Unidas e consagrado na CRP, com respeito pela dignidade, autonomia e integridade e que a situação económica não constitua fator de discriminação e de estigmatização social, quando é a doença que está em causa.

---

<sup>321</sup>Cfr. Catarina Santos Botelho, *Os Direitos Sociais em Tempos de Crise: ou visitar das normas programáticas*, Coimbra, Almedina, 2015, pp. 510 e 511.

<sup>322</sup>Cfr. Catarina Santos Botelho, *Os Direitos Sociais em Tempos de Crise: ou visitar das normas programáticas*, Coimbra, Almedina, 2015, p. 511.

<sup>323</sup>Cfr. Catarina Santos Botelho, *Os Direitos Sociais em Tempos de Crise: ou visitar das normas programáticas*, Coimbra, Almedina, 2015, p. 513.

## Bibliografia

Alexandrino, José de Melo, *Direitos Fundamentais: Introdução Geral*, Estoril, Principia, 2007.

Amaral, Maria Lúcia, "O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana na Jurisprudência Constitucional Portuguesa", in AAVV, *Liber Amicorum de José de Sousa e Brito-Em comemoração do 70º Aniversário*.

Andrade, J.C. Vieira de, *Os Direitos Fundamentais na Constituição Portuguesa de 1976*, 5ª Edição, Coimbra, Almedina, 2012.

Barros, Pedro Pita, *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*, 2ª edição revista, Coimbra, Almedina, 2009.

Beck, Ulrich, *Das Deutsche Europa. Neue Machtlandschaft in Zeitem der Krise*, 2012, tradução portuguesa de Marian Toldy e Teresa Toldy, *A Europa Alemã, Maquiavél a" Merkievel": Estratégias de Poder na Crise do Euro*, Lisboa, Almedina, 2014.

Beleza, Teresa Pizarro, *Direito das Mulheres e da Igualdade Social*, Coimbra, Almedina, 2010.

Benedek, Wolfgang, *Compreender os Direitos Humanos: Manual de Educação Para os Direitos Humanos*, 2003, coordenação da versão portuguesa de Vital Moreira e Carla Marcelino Gomes, Coimbra, Coimbra Editora, 2014.

Botelho, Catarina Santos, *Os direitos sociais em tempos de crise: ou visitar as normas programáticas*, Coimbra, Almedina, 2015.

Botelho, Catarina Santos, "Direitos Sociais em Contexto de Austeridade: Um Elogio Fúnebre ao Princípio da Proibição do Retrocesso Social?", in *Revista da Ordem dos Advogados*, nº1 e 2, 2015.

Branco, Jaime et. al., *Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt– a national health survey*, s/d.

Brito, Miguel Nogueira de, "Direitos e Deveres dos utentes do Serviço Nacional de Saúde", in *Revista da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa*, Coimbra, Coimbra Editora, s/d.



Caetano, Marcelo, *Manual de Ciência Política e Direito Constitucional-Tomo I*, 6ª Edição Revista e Ampliada por Miguel Galvão Teles, Tomo I, Coimbra, Almedina, 2006.

Canotilho, José Joaquim Gomes, *Estudos sobre Direitos Fundamentais*, 2ª edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2008.

Canotilho, José Joaquim Gomes e Moreira, Vital, *Constituição da República Portuguesa-annotada-Volume I*, 4ª edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2014.

Carmona, Magdalena Sepúlveda, "Alternatives to Austerity", in *Aoife Nolan (dir) Economic and Social Rights after the Global Financial Crisis*, Cambridge, University Printing House, 2014.

Cortes, Maria, "Breve olhar sobre o estado da Saúde em Portugal", s/d, <http://www.scielo.mec.pt/pdf/spp/n80/n80a06.pdf> (15/08/2016).

Coutinho, Luís Pereira, "Os Direitos Sociais como Compromissos", in *e-Pública-Revista Eletrónica de Direito Público*, nº 3, 2014.

Crorie, Benedita Mac, "O Recurso ao Princípio da Dignidade da Pessoa Humana na Jurisprudência do Tribunal Constitucional", in *Estudos em Comemoração do Décimo Aniversário da Licenciatura em Direito da Universidade do Minho*, Coimbra, Almedina, 2003.

Crorie, Benedita Mac, "Os Direitos Sociais em Crise?", in *Encontro de Professores Portugueses de Direito Público* (coord. Pedro Gonçalves, Carla Amado Gomes, Helena Melo e Filipa Calvão), ICPI/FDUL, Lisboa, 2013.

Crorie, Benedita Mac, "A Carta Social Europeia", in Ana Paula Brandão, Francisco Pereira Coutinho, Isabel Camisão, Joana Rita Abreu (coord.), *Enciclopédia da União Europeia*, (no prelo).

Cruz, Vanessa de Sousa, "Retrato da Função Pública: quem são e quantos já saíram", 2013, <http://www.tvi24.iol.pt/economia/iol-push/retrato-da-funcao-publica-quem-sao-quantos-sao-e-ja-sairam> (8/10/2016).

Cunha, Paulo Ferreira da, *Direitos Fundamentais: Fundamentos & Direitos Sociais*, Lisboa, QuidJuris, 2014.

Ferreira, Ana, "Direito à saúde e o acesso aos cuidados hospitalares", parecer do *Observatório de Direitos Humanos*, 2016.

Gomes, Carla Amado, "Defesa da Saúde VS Liberdade Individual: Casos de vida de um médico de saúde pública", in *Revista da Associação Académica da Faculdade de Direito de Lisboa*, s/n, 1999.

Gonçalves, Fernando *et al.*, *Novo Código de Procedimento Administrativo*, anotado e comentado, 2ª edição, Coimbra, Almedina, 2015.

Miranda, Jorge, "Os novos paradigmas do Estado Social", s/d, <http://www.icjp.pt/sites/default/files/media/1116-2433.pdf> (10/06/2016).

Moncada, Cabral, *Novo Código de Procedimento Administrativo*, 1ª edição anotado, Coimbra, Coimbra Editora, 2015.

Morais, Carlos Blanco de, "De novo a querela de 'unidade dogmática' entre direitos de liberdade e direitos sociais em tempos de 'exceção financeira'", 2014, <http://e-publica.pt/pdf/artigos/unidade-dogmatica.pdf> (10/06/2016).

Moura, João Paulo, "Atestado Médico de Incapacidade Multiuso", 2016, <http://www.online24.pt/atestado-medico-de-incapacidade-multiuso/> (15/06/2016).

Novais, Jorge Reis, *Direitos Sociais: Teoria Jurídica dos Direitos Sociais Enquanto Direitos Fundamentais*, Coimbra, Coimbra Editora, 2010.

Novais, Jorge Reis, *A Dignidade da Pessoa Humana: Dignidade e Direitos Fundamentais*, Volume I, Coimbra, Almedina, 2015.

O'Conneide, Colm, "Austerity and the faded dream of a 'social Europe'", in Aoife Nolan (dir), *Economic and Social Rights after the Global Financial Crisis*, Cambridge, University Printing House, 2014.

Palma, Maria Fernanda, "Ética da Troika", 2012, <http://www.cmjornal.xl.pt/opiniao/detalhe/etica-da-troika.html> (7/05/2016).

Paula, João Miguel Pulquério de, "O Direito à Saúde: Reflexões sobre a sua *fundamentalidade*", in *Pensar Enfermagem*, n.º 1, vol. 16, 2012.

Pereira, Carla *et. al.*, "Construção e Validação da Tabela Nacional de Funcionalidade para as Doenças Crónicas", in *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 2016.

Queiroz, Cristina, *Direitos Fundamentais: Teoria Geral*, 2ª edição, Coimbra, Coimbra Editora, 2010.

Saavedra, Maria João, "Os Novos Desafios na Artrite Reumatóide-Os 4 P'S", in *ANDAR-Boletim Associação Nacional dos Doentes com Artrite Reumatóide*, nº 30, abril 2016.

Sekallarides, Constantino *et al.*, *Case Study: The impact of financial crisis on the health system and health in Portugal*, s/d.

Silva, Cláudia Vale da, "A importância de realizar um diagnóstico precoce e o contributo das novas terapêuticas", s/d, <http://lifestyle.sapo.pt/saude/saude-e-medicina/artigos/doencas-autoimunes> (12/01/2016).

Silva, Vitória Dantas, "A Dignidade da Pessoa Humana e o Direito à Saúde", 2014, <http://www.webartigos.com/artigos/a-dignidade-da-pessoa-humana-e-o-direito-a-saude/123541/> (17/09/2016).

Tavares, Raquel, *Direitos Humanos, de onde vêm, o que são e para que servem?*, Lisboa, Imprensa Nacional Casa da Moeda, 2012.

Ventura, Catarina Sampaio, "O direito à saúde internacionalmente conformado: uma perspectiva de direitos humanos", *Lex Medicinæ*, 2005, ano 2, n.º 4.

Recursos Eletrónicos

Acess to European Union Law:

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=URISERV%3Ac11579>

Administração Central dos Serviços de Saúde: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circular%20Informativa%20n.%C2%BA%2027.2015%20\).pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circular%20Informativa%20n.%C2%BA%2027.2015%20).pdf)

A Enfermagem e as Leis:

[www.aenfermagemelasleis.pt/2015/06/16/relatorio-de-primavera-do-observatorio-portugues-dos-sistemas-de-saude-opss-2015/#axzz3xQ08YStM](http://www.aenfermagemelasleis.pt/2015/06/16/relatorio-de-primavera-do-observatorio-portugues-dos-sistemas-de-saude-opss-2015/#axzz3xQ08YStM)

Banco de Portugal: <http://clientebanuario.bportugal.pt/pt-PT/Paginas/Legislacao.aspx?tema=Cr%C3%A9dito%20%C3%A0%20habita%C3%A7%C3%A3o>

Cáritas:

[file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/20150219%20relatrio%20da%20crise%20da%20critas%20europa%202015\\_notas%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/20150219%20relatrio%20da%20crise%20da%20critas%20europa%202015_notas%20(3).pdf)

Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género: <https://www.cig.gov.pt/planos-nacionais-areas/cidadania-e-igualdade-de-genero>

Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego: [http://cite.gov.pt/asstscite/downloads/Relat\\_Lei10\\_2013.pdf](http://cite.gov.pt/asstscite/downloads/Relat_Lei10_2013.pdf)

Conselho da Europa: [http://www.coe.int/t/dg3/health/default\\_en.asp](http://www.coe.int/t/dg3/health/default_en.asp)

Centro Regional de Informação das Nações Unidas: <http://www.unric.org/pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel>

Direção Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/diretor-geral-direcao-e-servicos/direcao-de-servicos-de-prevencao-da-doenca-e-promocao-da-saude/atribuicoes-e-competencias.aspx>

Direção Geral da Saúde: <https://www.dgs.pt/diretor-geral-direcao-e-servicos/direcao-de-servicos-de-prevencao-da-doenca-e-promocao-da-saude/atribuicoes-e-competencias.aspx>

Direção Geral da Saúde: <http://pns.dgs.pt/pns-2004-2010/>

Direção Geral de Saúde: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Fundação Francisco Manuel dos Santos: <http://portugaldesigual.ffms.pt/a-crise-foi-pior-em-portugal-do-que-na-europa>

Instituto Nacional de Estatística:

[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=249946508&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=249946508&DESTAQUESmodo=2)

Instituto Nacional da Reabilitação: <http://www.inr.pt/content/1/3792/regime-laboral-especial-do-trabalhador-com-deficiencia-exercer-funcoes-publicas>

Jornal de Notícias: <http://www.jn.pt/mundo/interior/tribunal-abre-caminho-para-levar-a-troika-a-julgamento-5405335.html#ixzz4LOUirDM3>

Jornal Público: <https://www.publico.pt/sociedade/noticia/austeridade-enfraquece-os-direitos-humanos-alerta-conselho-da-europa-1615008>

Jornal Público: <https://www.publico.pt/economia/noticia/conheca-os-apoios-que-existem-para-pessoas-com-deficiencia-1637518>

Lusa: [http://24.sapo.pt/article/lusa-sapo-pt\\_2016\\_04\\_17\\_1370993358\\_-a-austeridade-foi-um-fracasso-para-portugal--diz-o-nobel-joseph-stiglitz](http://24.sapo.pt/article/lusa-sapo-pt_2016_04_17_1370993358_-a-austeridade-foi-um-fracasso-para-portugal--diz-o-nobel-joseph-stiglitz)

Memorandum de Entendimento:

[http://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou\\_pt\\_20110517.pdf](http://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou_pt_20110517.pdf)

Notícias ao Minuto: <https://www.noticiasaoiminuto.com/pais/201107/isencao-nas-doencas-autoimunes-tem-impacto-negativo-nos-doentes>

Núcleo de Estudos de Doenças Autoimunes: [www.nedai.org](http://www.nedai.org)

Observatório das Doenças Reumáticas: <http://www.ondor.med.up.pt/home.php>

Observatório Português dos Serviços de Saúde: <http://www.opss.pt/node/488>

Ordem dos Médicos: <https://www.ordemosmedicos.pt/>

Organização das Nações Unidas-Mulheres:

<http://www.onumulheres.org.br/pequim20/>

Rádio e Televisão Portuguesas: [http://www.rtp.pt/noticias/saude/doentes-faltam-a-tratamento-por-falta-de-dinheiro\\_v520630](http://www.rtp.pt/noticias/saude/doentes-faltam-a-tratamento-por-falta-de-dinheiro_v520630)

Sapo: [http://economico.sapo.pt/noticias/sns-mais-dinheiro-e-mais-ferias-so-convenceram-20-medicos\\_247815.html](http://economico.sapo.pt/noticias/sns-mais-dinheiro-e-mais-ferias-so-convenceram-20-medicos_247815.html)

Saúde e bem-estar blogue: <http://www.saudebemestar.pt/pt/blog-saude/qualidade-de-vida>

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna: [http://www.spmi.pt/nucleos\\_estudo.php](http://www.spmi.pt/nucleos_estudo.php)

Sociedade Portuguesa de Reumatologia: <http://www.spreumatologia.pt/>

Tempo Medicina: <http://www.tempomedicina.com/noticias/29221>

Wikipédia: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Declaracao\\_de\\_Alma-Ata](https://pt.wikipedia.org/wiki/Declaracao_de_Alma-Ata)

World Health Organization: <http://www.who.int/about/en/>