

Universidade do Minho
Escola de Direito

**As Políticas Públicas de Saúde em Portugal: a Tutela
do Ambiente como Instrumento de Concretização**

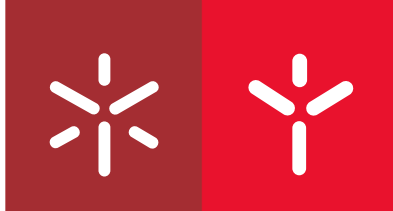
Ana Filipa Gonçalves Ventura

Ana Filipa Gonçalves Ventura

**As Políticas Públicas de Saúde em Portugal:
a Tutela do Ambiente como Instrumento
de Concretização**

UMinho | 2021

fevereiro de 2021



Universidade do Minho
Escola de Direito

Ana Filipa Gonçalves Ventura

**As Políticas Públicas de Saúde em Portugal:
a Tutela do Ambiente como Instrumento
de Concretização**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Direito Administrativo
Área de especialização em Direito Administrativo Especial

Trabalho efetuado sob a orientação da
Doutora Isa Filipa António de Sousa

fevereiro de 2021

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações

CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, as fundações sobre as quais assenta todo o resto.

À Prof.^a Dra. Isa António, por toda a dedicação, conselhos e motivação, fatores indispensáveis para a elaboração do presente estudo.

Ao Pedro, por me oferecer um apoio constante e incondicional.

À família, de sangue ou de coração, na qual cumpre realçar a minha avó, a Bruna, a Vitória, a Cláudia, a Ricardina e a Claudina, pela força e inspiração que me transmitiram nos momentos mais difíceis.

À Nicole e à Raquel, por serem as minhas companheiras de viagem.

Aos amigos de quatro patas, Cascais, Meo, Flyke, Leão e Pantufa, por me ensinarem o que significa entrega.

A todos os outros cujas palavras e atos me encorajaram e permitiram a concretização desta dissertação.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

RESUMO

As Políticas Públicas de Saúde em Portugal: a Tutela do Ambiente como Instrumento de Concretização

A escolha e delimitação do objeto desta dissertação teve como desiderato o aprofundamento do estudo da relação entre o Ambiente e a Saúde de uma perspetiva jurídica, explorando a forma como estes se entrecruzam e as implicações que daí derivam.

Para que tal acontecesse, iniciámos a nossa análise com um enquadramento histórico do nosso Sistema de Saúde, abordando marcos essenciais nessa evolução, como o nascimento do Serviço Nacional de Saúde e os subsequentes movimentos de *privatização* que ocorreram na saúde, nomeadamente a aproximação da sua gestão a moldes empresariais e, principalmente, a criação de Hospitais E.P.E., integrados no Sector Empresarial do Estado.

Após esta incursão sobre aquele que foi o percurso histórico do nosso Sistema de Saúde, em que aproveitamos para pôr em evidência as principais críticas e fragilidades dos regimes jurídicos estabelecidos em torno dessas mudanças, focamo-nos no momento presente, sobre o qual procuramos recorrer a uma análise multidisciplinar do conceito de saúde.

Deste modo, e em consonância com a visão internacionalmente aceite, estabelecemos como ponto de partida para a análise das Políticas Públicas de Saúde os Determinantes Sociais da Saúde, ou seja, os fatores que afetam a nossa saúde individual e coletiva, colocando o acento tónico na Promoção da Saúde e Prevenção da Doença.

Ainda que se tenha recorrido sobre os mais importantes, razões práticas relacionadas com o limite temporal e espacial a que o presente estudo estava sujeito conduziram à análise exaustiva de apenas um deles, o fator ambiental. Assim, chegamos ao busilis da nossa análise: a implicação do fator Ambiente e o peso que este deve ter no momento da formulação e implementação de Políticas Públicas de Saúde.

Advogamos, portanto, que uma tutela ambiental efetiva poderá trazer benefícios significativos em vários quadrantes, nomeadamente no que concerne com a Prevenção da Doença. Paralelamente, abordámos questões relacionadas com a própria sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, recuperando a ideia de que uma mudança de paradigma que foque o momento prévio ao aparecimento da doença, por outras palavras, de pendor preventivo, trará ganhos significativos também neste domínio.

Palavras chave: Ambiente; Determinantes Sociais da Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Promoção da Saúde; Serviço Nacional de Saúde.

ABSTRACT

Public Health Policies in Portugal: the Protection of the Environment as an Implementation Instrument

The choice and delimitation of the object of this dissertation had the goal of studying in depth the relationship between Environment and Health in a legal perspective, exploring the way they intertwine and the implications that derive from the intertwining.

First, we started our analysis with a historical framework of our Health System, addressing key milestones in its evolution. For example, the creation of the National Health Service and the subsequent privatization movements that occurred in health, namely the approximation of its management to business models and the creation of a public hospitals entity, owned by the Portuguese Government.

After the description of the historical framework of our Health System, in which we took the opportunity to highlight the main criticisms and weaknesses of the legal regimes established around these changes, we focus on the present moment, on which we use a multidisciplinary analysis of the concept of health.

Accordingly with the internationally accepted view, we established the Social Determinants of Health as a starting point for the analysis of Public Health Policies. Like that, we discuss the factors that affect our individual and collective health, highlighting the promotion of health and disease prevention.

Although the most important factors were discussed, practical reasons related mainly to the temporal and spatial limit of the present study led to the exhaustive analysis of only one of them, the Environmental factor. Thus, we come to the center of our analysis - the implication of the factor Environment and the weight it must have during the elaboration and implementation of Public Health Policies.

We advocate, therefore, that effective environmental protection can bring significant benefits in several sectors, focusing the benefits related to Disease Prevention. In parallel, we address issues related to the sustainability of the National Health Service, mentioning that a focuses on the moment prior to the outbreak of the disease (a preventive approach), will bring significant gains in this area.

Keywords: Public Health Policies; Social Determinants of Health; Environment; Health promotion; National Health Service

ÍNDICE

ABREVIATURAS	ix
INTRODUÇÃO	1
PARTE I - AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM PORTUGAL	5
CAPÍTULO I - O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS	5
SEÇÃO I - EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS: DA CRIAÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE ATÉ À ATUALIDADE	5
1. CRIAÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	6
2. PRIVATIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE	13
2.1 SETOR PÚBLICO EMPRESARIAL: UMA MUDANÇA DE PARADIGMA DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS?	16
3. O FENÓMENO PARCERÍSTICO	27
CONCLUSÕES	38
CAPÍTULO II - SAÚDE PÚBLICA EM PORTUGAL	43
SEÇÃO I - CONCETUALIZAÇÃO DE “SAÚDE” E DE “SAÚDE PÚBLICA”	43
1. CLASSIFICAÇÃO DO DIREITO DE PROTEÇÃO DA SAÚDE	46
2. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES EM TORNO DA UNIVERSALIDADE, GENERALIDADE E TENDENCIAL GRATUIDADE DO SNS	51
3. O PAPEL DOS FATORES QUE INFLUENCIAM AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	53
3.1. EDUCAÇÃO E LITERACIA EM SAÚDE	57
3.2. EMPOWERMENT EM SAÚDE	60
3.3. EVOLUÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA	64
3.4. INFLUÊNCIA EUROPEIA NA SAÚDE	69
3.4.1. POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA	72
3.4.2. MEDICAMENTOS	74
3.4.3. CUIDADOS DE SAÚDE TRANSFRONTEIRIÇOS	77
3.5. MEIO AMBIENTE	81
4. MISSÃO DE SAÚDE PÚBLICA: INDICADORES PARA DESAFIOS FUTUROS	89
4.1. REFORÇO DA PREVENÇÃO: CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	89
4.1.1. UTILIZAÇÃO ABUSIVA DOS CENTROS DE SAÚDE	94
4.1.2. MAIOR APOSTA NA PREVENÇÃO	96
4.1.3. TEMPOS DE ESPERA	98
4.2. REFORMA HOSPITALAR: CUIDADOS DE SAÚDE DIFERENCIADOS	101

4.3. POPULAÇÃO ENVELHECIDA: CUIDADOS DE SAÚDE CONTINUADOS	106
CONCLUSÕES	111
PARTE II – A TUTELA DO AMBIENTE COMO INSTRUMENTO CONCRETIZADOR DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	114
CAPÍTULO I – PROTEÇÃO DO AMBIENTE, DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E DIREITO À SAÚDE	114
1. DIREITO DO AMBIENTE: CONTEXTUALIZAÇÃO	114
2. DEVERES ESTADUAIS DE PROTEÇÃO DO AMBIENTE: DO PODER CENTRAL AO PODER LOCAL	118
2.1. O PAPEL DAS AUTARQUIAS LOCAIS	121
2.2. REDES DE COOPERAÇÃO	127
3. OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL	130
3.1. CONCEITO OU PRINCÍPIO	130
3.2. DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E UNIÃO EUROPEIA	131
3.3. DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL EM PORTUGAL.....	135
4. DESAFIOS ATUAIS.....	136
4.1. O COMBATE AO PLÁSTICO.....	136
4.2. A POLUIÇÃO DO AR	141
4.3. QUALIDADE DA ÁGUA	145
4.4. SURGIMENTO OU AGRAVAMENTO DE DOENÇAS	148
CONCLUSÕES	154
CAPÍTULO II – POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E AMBIENTE EM PORTUGAL	157
1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E AMBIENTE: ENQUADRAMENTO GERAL.....	157
2. PROPOSTAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	161
CONCLUSÕES	175
CONCLUSÕES FINAIS.....	177
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	182

ABREVIATURAS

ACES: Agrupamento de Centros de Saúde

ADSE: Instituto de Proteção e Assistência na Doença

AEA: Agência Europeia do Ambiente

APA: Agência Portuguesa do Ambiente

ARS: Administração Regional de Saúde

Art: Artigo

Arts: Artigos

CRP: Constituição da República Portuguesa

DESC: Direitos Económicos, Sociais e Culturais

DLG: Direitos Liberdades e Garantias

DSS: Determinantes Sociais da Saúde

EEDS: Estratégia Europeia de Desenvolvimento Sustentável

EIONET: Rede Europeia de Informação e Observação do Ambiente

ENDS: Estratégia Nacional de Desenvolvimento Sustentável

EPE: Entidade Pública Empresarial

ERS: Entidade Reguladora da Saúde

INE: Instituto Nacional de Estatística

INFARMED: Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento

MUD: Mercado Único Digital

OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS: Organização Mundial de Saúde

PATCH: Planned Approach to Community Health

PIB: Produto Interno Bruto

PIENDS: Plano de Implementação da Estratégia Nacional de Desenvolvimento Sustentável

P.: Página

PP.: Páginas

PPP: Parcerias Público Privadas

PME: Pequenas e Médias Empresas

PNAAS: Plano Nacional de Ação Ambiente e Saúde

PROCAPS: Projeto de Capacitação em Promoção da Saúde

REEPS: Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde

RNEPS: Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde

SIDS: Sistema de Indicadores de Desenvolvimento Sustentável

SIGIC: Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SNS: Serviço Nacional de Saúde

SPA: Setor Público Administrativo

SPE: Setor Público Empresarial

TFUE: Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia

TUE: Tratado da União Europeia

UE: União Europeia

ULS: Unidade Local de Saúde

UNICEF: Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância

USF: Unidade de Saúde Familiar

INTRODUÇÃO

O objeto de estudo da presente dissertação abarca, simultaneamente, duas áreas do Direito bem demarcadas, mas que nem por isso deixam de se influenciar mutuamente, como é o Direito do Ambiente e o Direito da Saúde. De facto, é precisamente desse entrecruzamento de ambas as áreas que nasce a problemática que serviu de combustível a este estudo, na medida em que nos propusemos analisar quais as implicações que uma tutela ambiental mais eficaz poderia ter ao nível das políticas públicas de saúde em Portugal.

Assim, podemos definir desde já que esta é uma dissertação que versa, essencialmente, sobre saúde, utilizando o Direito do Ambiente na medida em que este revele a sua utilidade como instrumento facilitador ou concretizador de determinadas Políticas Públicas de Saúde. Por outras palavras, a tutela ambiental será encarada como um meio para atingir a implementação e execução eficaz de Políticas Públicas na Saúde.

Sem prejuízo do que foi mencionado *supra*, não é objetivo deste trabalho contribuir para uma visão do ambiente que o reduza a um estatuto de ramo meramente instrumental para outras políticas. Pelo contrário, exaltamos o valor e a individualidade do Direito do Ambiente, sendo que as vantagens associadas a uma aplicação integrada e transversal de considerações neste domínio só destacam a circunstância de este constituir já um poderoso fim por si só.

Feita esta reflexão inicial, cumpre discorrer acerca da estrutura e conteúdo do estudo em apreço.

Primeiramente, começamos por estabelecer o percurso do Sistema de Saúde em Portugal, abordando a forma como as várias características que este apresentava inicialmente foram evoluindo, já que só assim poderemos compreender como é que essas mudanças foram convergindo e culminaram no Sistema de Saúde que hoje temos.

Antes de 1974, o papel do Estado na saúde era residual, o que se constata desde logo pela análise do financiamento público à época sendo que as despesas com saúde não constituam uma fatia significativa das despesas públicas totais. Era, portanto, uma época em que a prestação de cuidados de saúde ficava a cargo de privados, sendo que as diferenças a nível económico introduziam desigualdades no acesso à saúde, afastando aqueles que não podiam suportar o preço associado a determinados tipos de tratamento.

Em 1979, através da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, o paradigma no acesso aos cuidados de saúde é completamente alterado por força da criação do Serviço Nacional de Saúde (doravante SNS).

O Sistema Nacional de Saúde passou a abarcar uma nova realidade que perdura, sem prejuízo das mutações que foi sofrendo, até aos dias de hoje e que terá sido, porventura, o maior marco na história de tal sistema. Desde logo, o SNS, através das várias entidades que o constituíam e dos meios de atuação ao seu dispor, pretendia garantir um acesso à prestação de cuidados de saúde que fosse universal, geral e gratuito.

Todavia, as transmutações neste domínio estavam longe de cessar. Com o tempo, o aumento contínuo da despesa pública com a saúde e imperativos de eficiência ditaram uma aproximação das entidades que prestavam este tipo de cuidados a modelos de gestão privados. De notar que também nesta fase surge uma importante mudança, já que a clara prevalência do Setor Público Administrativo em relação ao Setor Público Empresarial começa a esbater-se. É dentro deste circunstancialismo que surgem os Hospitais E.P.E.

Como ficará patente ao longo deste estudo, a aproximação entre o Estado e entidades privadas tem sido uma tendência crescente. Ainda assim, a forma como essa aproximação acontece tem vindo a assumir novas formas, como aconteceu mais recentemente com o crescimento e proliferação dos contratos de concessão celebrados entre o Estado e entidades privadas que prestam cuidados de saúde. Este fenómeno parcerístico reveste-se, atualmente, de grande importância, o que em parte justifica também a polémica que sempre o envolveu.

Ora, o Sistema de Saúde Português tal como hoje o conhecemos é fruto desta evolução. Contudo, apesar das modificações introduzidas ao longo do tempo, que se centraram sobretudo em corrigir ineficiências da rede de cuidados ou na sua gestão e administração, verificamos hoje um conjunto de problemas graves associados ao sistema, mormente no que concerne com o Serviço Nacional de Saúde.

Do reconhecimento e identificação desses problemas, que expõem a necessidade de uma verdadeira reforma e alteração de paradigmas há muito tempo estabelecidos, nasce a necessidade de criar uma forma de atuação diferente, que consiga operar uma diminuição da despesa pública com saúde – que está em contínuo crescimento – sem comprometer o acesso geral, universal e tendencialmente gratuito de que os cidadãos portugueses beneficiam e sem fazer perigar a qualidade dos serviços que lhes são prestados.

Desta feita, defendemos ao longo desta análise uma posição já amplamente debatida internacionalmente e aplicada em vários Estados, que entendemos como caminho necessário para superar as adversidades com que o campo da saúde se tem deparado.

Apelaremos à definição, implementação e execução de Políticas Públicas tendo como ponto norteador os Determinantes Sociais da Saúde e a sua utilização em prol da resolução de problemas no setor da saúde. Isto é, no fundo advogamos que os decisores políticos deverão pautar a sua atuação de acordo com duas máximas.

Em primeiro lugar, no que toca à definição de Políticas Públicas de Saúde, estas deverão privilegiar a componente da Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. As áreas com pendor mais preventivo têm sido relegadas sistematicamente para segundo plano. Esta secundarização é evidente quando nos debruçamos sobre os valores da despesa pública na saúde e os separamos por fases. De facto, os gastos com a Promoção da Saúde são muito baixos quando comparados com os restantes.

Em segundo lugar, é essencial que se pense a saúde humana como um setor transversal e que, portanto, deve ser ponderado na formulação de quaisquer Políticas Públicas. Ou seja, independentemente do campo sobre o qual se pretende atuar, o poder político legislativo não deve, nem pode, descuidar considerações sobre a implicação de tal medida na saúde das populações.

Destarte, procuramos desenvolver conceitos relacionados com os Determinantes Sociais da Saúde e com a sua utilização estratégica, enquanto fatores que se projetam sobre a saúde individual dos sujeitos, com repercussões na saúde coletiva.

Destacaremos alguns desses determinantes, analisando de que modo estão eles integrados no ordenamento jurídico português e em que medida pode a sua utilização ser potenciada. De entre todos, decidimos conceder especial destaque ao ambiente, escolha essa motivada pela atualidade do tema e pelo amplo debate de que tem sido alvo.

Convém salientar que a atenção crescente que envolve o tema não abarca apenas decisores políticos, mas a sociedade como um todo. A progressiva sensibilização para temas de pendor ambiental é mais uma forte razão para que este tópico comece a estar presente noutros âmbitos, nomeadamente na saúde, já que a sociedade reconhece o seu valor e a sua importância.

É, então, neste ponto que convocamos o Direito do Ambiente e identificamos os pontos em que o regime jurídico poderia ser aperfeiçoado de maneira a poder auxiliar na resolução dos problemas inerentes ao Sistema de Saúde em geral e ao Serviço Nacional de Saúde em particular.

Alvitramos que um maior controlo dos Determinantes da Saúde, em especial do fator ambiental, levará a uma melhoria das condições de saúde da população, o que a nível prático se traduz num decréscimo na necessidade de recorrer aos serviços de saúde, aliviando a pressão induzida pela escassez de recursos materiais e humanos e diminuindo a despesa pública com a saúde.

Nesta senda, aproveitamos a parte final deste trabalho para apresentar propostas de políticas públicas, algumas das quais são já aplicadas noutros países, apresentando uma boa taxa de sucesso. Servimo-nos aqui de conceitos como o de fiscalidade verde, cuja adaptabilidade conseguida através das normas tributárias pode revelar-se uma mais valia neste âmbito, podendo atuar em várias frentes. Desde logo, incentivando ou inibindo ações dos sujeitos, consoante estas sejam benéficas ou não para o ambiente, ou contribuindo para a arrecadação de receitas, através de taxas ou impostos ambientais, que sejam depois redirecionadas para a reparação de danos ambientais concretos.

A par da importância do objeto a que nos dedicamos, consideramos relevantes outras questões que, por limitação temporal e por não contenderem diretamente com o tema a tratar, não puderam ser desenvolvidas tão pormenorizadamente como mereciam. Referimo-nos a tópicos como a educação, a literacia e o *empowerment* em saúde, ou o papel das Autarquias Locais na definição e execução de políticas públicas, que valeriam só por si como objeto autónomo de um estudo deste tipo.

PARTE I - AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE EM PORTUGAL

CAPÍTULO I - O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

SEÇÃO I - EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS: DA CRIAÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE ATÉ À ATUALIDADE

Previamente a qualquer tipo de análise que respeite à existência, ao peso e ao equilíbrio entre o setor público e o setor privado e entre, dentro do setor público, ao Setor Público Administrativo ou tradicional e o Setor Público Empresarial, é necessário que se reflita, ainda que de modo breve, sobre a própria conceção de Estado e do seu papel para com o cidadão.

Historicamente, ao modelo de Estado vigente, designado como Estado Social, antecederam outros tipos de Estado que marcaram, cada um deles, uma determinada época histórica e que não só permitem perceber os circunstancialismos que estão na sua base, como também traçar uma linha evolutiva quanto à própria noção do papel do Estado¹.

Nas palavras de SOFIA TOMÉ D'ALTE, o Estado Social é um “Estado-Administração em que esta passa a desempenhar uma função claramente prestadora, e já não como outrora unicamente agressiva, sobressaindo também ao lado dos direitos, liberdades e garantias, os direitos económicos, sociais e culturais”².

Decompondo as ideias que daqui resultam, o Estado é chamado para intervir nos mais diversos aspetos, prestando bens e serviços e garantindo políticas sociais eficazes. Em consequência do exposto, não só a máquina administrativa teve de expandir-se como também o próprio Estado, para garantir os fins constitucionalmente consagrados que lhe cabem, teve de procurar modos de agir que privilegiassem uma colaboração com a própria sociedade na sua prossecução.

¹ Pela dimensão que tiveram e pela relativa proximidade histórica, destacam-se aqui modelos de Estado como o Estado Absoluto e o Estado Liberal. Contrapondo estes dois modelos de organização estadual é notória a forma como a visão que a sociedade tem sobre o papel e os fins do Estado influencia a dimensão e as tarefas assumidas pelo setor público. A título de exemplo, o Estado Absoluto é um modelo de Estado marcadamente intervencionista, em que faz parte da definição de Estado a ingerência nos mais diversos setores de atividade. Neste sentido, a Administração Pública, que era controlada pela figura do Monarca, central neste modelo, alarga a sua atividade aos mais diversos ramos. A este modo de ver o Estado está associada uma ideia de poder absoluto, em que há uma centralização dos bens e serviços prestados à sociedade em torno desses mesmo poderes públicos. A tendência foi fugir a este modelo em que havia uma “anulação” do indivíduo e um estrangulamento da vontade individual, com submissão à vontade inquestionável do Monarca, e passar para uma outra configuração, em alguns casos completamente oposta à primeira. O Estado Liberal, que ganha força com a Revolução Francesa, assume-se como um Estado Mínimo, muito pouco intervencionista e que dá grande relevo à liberdade individual, colocando-a acima de qualquer tipo de autoridade e que procura dar aos cidadãos mais garantias. É um Estado marcadamente abstencionista e cujos fins passam por assegurar segurança e ordem, deixando as políticas sociais nas mãos de privados. Os direitos sociais vinham então em segundo plano e os direitos fundamentais eram vistos sobretudo como direitos de defesa que este possuía face ao Estado.

² Vide SOFIA D'ALTE, A nova configuração do sector empresarial do Estado e a empresarialização dos serviços públicos. 1.º edição. Coimbra: Almedina, 2007, p.21.

Este modelo de Estado, embora garantístico, acabou por entrar em crise, dada a quantidade de áreas em que o setor público era chamado a operar. Depressa surgem carências na prestação de bens e serviços, acentuadas principalmente pelas necessidades crescentes da população e pela falta de recursos que a Administração tem ao seu dispor para as assegurar. Neste sentido, refere a autora supracitada que o Estado Social teve de se adaptar e utilizar a própria sociedade e os privados que nela operavam para colmatar falhas no fornecimento público de bens e serviços.

Esta alteração produzida a nível das funções sociais do Estado e no modo como este as garantia deve-se sobretudo ao *New Public Management*, que sugere uma gestão pública que passe por uma separação entre o Estado-prestador e o Estado-regulador, com maior aproximação dos serviços aos cidadãos, uma avaliação dos trabalhadores cuja base seja o seu desempenho e com respeito pelas regras de concorrência. Este novo modo de gestão já provou ser mais eficaz do ponto de vista da administração dos recursos e da responsabilização de serviços junto aos cidadãos³.

Assim, foi natural que aparecesse e se tornasse bastante comum “o recurso ao direito privado por parte dos poderes públicos, bem como a privatização – tanto formal como substancial – das mais diversas actividades que até aqui se confiavam exclusivamente àqueles poderes”⁴. Isto acentuou a dicotomia estabelecida entre o Setor Público Administrativo e o Setor Público Empresarial, ambos ramos do setor público. Também a própria noção de serviço público sofre alterações no modo como era percecionada, dando-se agora especial ênfase à sua componente funcional em detrimento da sua componente orgânica.

1. CRIAÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

O Sistema de Saúde Português apresenta-se atualmente como uma realidade complexa que “atua em várias frentes”, servindo-se de uma multiplicidade de entidades para cumprir o seu propósito. Isto reflete-se também no próprio direito da saúde, um direito “crescentemente institucional, assumindo especial relevo, desde logo, as instituições prestadoras de cuidados”⁵.

Assim, e de forma a explanar e concretizar estas afirmações, temos de olhar para os atuais intervenientes nesta área. Facilmente se percebe que este Sistema de Saúde não se basta com o Serviço

³ Cfr. ISA ANTÓNIO, *As Parcerias Público-Privadas no Sector da Saúde: O Advento do Estado Mínimo de Regulação e o Direito de Acesso à Saúde*. 1ª edição. Coimbra: Almedina, 2015, p.158.

⁴ Vide SÓFIA D'ALTE *op. cit.*, p.23.

⁵ Vide CARLA BARBOSA; JOÃO LOUREIRO; ANDRÉ PEREIRA, *Direito da Saúde: Estudos em homenagem ao Prof. Doutor Guilherme de Oliveira*. Vol. I. 1ª edição. Coimbra: Almedina, 2016, p.37.

Nacional de Saúde, definido por OLÍVIO AMADOR como um “*conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde*”⁶, contemplando também uma série de entidades, cuja natureza pode ser pública ou privada, e que, em conjunto, contribuem para a concretização deste interesse público⁷. A par das já referidas instituições prestadoras de cuidados, temos também, nas palavras de JOÃO CARLOS LOUREIRO:

“as entidades específicas de regulação gerais (no caso português, a Entidade Reguladora da Saúde) ou específicas (*v.g.*, Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação, Autoridade Nacional do Medicamento e dos Produtos de Saúde - INFARMED)”⁸.

Todavia, nem sempre foi assim. Aliás, quando se recua no tempo e se procura reconstituir aquilo que era a realidade do setor da saúde no Estado Português antes de 1974 constata-se que o papel que o Estado assumia nesta área era residual, supletivo. Ao Estado incumbia preferencialmente a garantia de determinadas condições sanitárias que obstassem à propagação de doenças e infeções. Ou seja, as suas atuações manifestavam-se principalmente a nível da Prevenção da Doença, embora de forma muito contida, e já não tanto no que tocava à intervenção sobre o problema de saúde quando ele surgisse. Esse papel estava reservado aos privados que se dedicassem à atividade médica, sendo que geralmente quem a eles recorria eram sujeitos com maior capacidade financeira, e as instituições como a Previdência Social, que através dos seus Serviços Médico-Sociais prestava auxílio aos beneficiários da Federação das Caixas de Previdência⁹.

De destacar também que nesta fase os hospitais tinham uma importância vital enquanto instituição onde estes cuidados eram prestados. Eram mais comuns nos grandes centros urbanos, havendo hospitais distritais e concelhios. Grande parte deles dos hospitais distritais eram propriedade das Misericórdias¹⁰, instituições de solidariedade social, que os geriam, simultaneamente com outros serviços, e que promoviam também a ligação entre a prestação destes cuidados e a assistência social,

⁶ Vide OLÍVIO AMADOR; NAZARÉ CABRAL; GUILHERME MARTINS, *A Reforma do Sector da Saúde: Uma Realidade Iminente?* 1.ª edição. Coimbra: Almedina, 2010, p.24.

⁷ Como definido pela própria Lei de Bases da Saúde no n.º1 da Base XX, “o SNS é o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde”.

⁸ Vide CARLA BARBOSA; JOÃO LOUREIRO; ANDRÉ PEREIRA, *op. cit.*, p.38.

⁹ Cfr. ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS; JORGE SIMÕES, *40 Anos de Abril na Saúde*. 1ª edição. Coimbra: Almedina, 2014, p.31.

¹⁰ A maior parte destas entidades, de índole essencialmente privada, é integrada no Sistema Público em 1979.

sendo um importante elo humanizador deste modelo. Tinham, assim, uma índole essencialmente privada e só em 1979, com a criação do SNS, é que passam a ser transferidos para o sistema público¹¹.

O facto de surgirem aliados aos hospitais pertencentes às Misericórdias outros, propriedade do Estado¹², que ao longo da década de 80 controlava praticamente toda a rede hospitalar que compunha o SNS, e ainda postos médicos da Previdência, fazia com que este Sistema de Saúde fosse desorganizado, devido à fragmentação que lhe era inerente¹³.

A nível de saúde pública, que, como já foi referido, era o domínio de atuação preferencial do Estado, operavam os Serviços de Saúde Pública, com preocupações voltadas para questões como a vacinação e as condições sanitárias.

Quanto ao financiamento público dado a este sistema, pode afirmar-se que era residual, muito inferior ao atual, sendo que assim se manteve durante um longo período, representando apenas 2,8% do PIB português¹⁴, o que contrastava com a média europeia de 4% do PIB dirigido para este setor.

Em 1971, procura organizar-se este Sistema até aqui tão disperso, ao mesmo tempo que se exalta o papel do Estado como criador, promotor e executor das políticas de saúde, deixando de ter o papel meramente supletivo que antes assumia. Para isso, foi reorganizado, pelo Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de setembro e Decreto-Lei n.º 414/71 de 27 de setembro, o Ministério da Saúde e da Assistência, sendo que também o regime a que estavam sujeitos os seus funcionários foi revisto.

Esta reforma procurou sobretudo melhorar o acesso da população aos cuidados de saúde, o que fica desde logo patente pela redação inicial do já referido Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro, onde se pretende uma redefinição das políticas de saúde e assistência para que se possa, conforme consta na Base I:

“atender à instantânea necessidade de intensificação e desenvolvimento das actividades de saúde pública e de promoção social, criando condições mais favoráveis à sua realização, mediante a integração dos serviços públicos e a condenação das iniciativas e instituições particulares que

¹¹ Neste sentido, ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS; JORGE SIMÕES, *op. cit.*, p.36.

¹² Com exceção de dois hospitais que pertenciam à Misericórdia do Porto, todos os hospitais centrais e especializados pertenciam ao Estado.

¹³ Cfr. ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS; JORGE SIMÕES, *op. cit.*, p.36.

¹⁴ Cfr. PAULINO SOUSA, O Sistema de Saúde em Portugal: realizações e desafios. *In Acta Paulista de Enfermagem*. Vol. 22, n.º 1 (2009), p. 886.

devem assegurar a cobertura médico-social, sanitária e assistencial das populações”.

Esta reestruturação teve várias manifestações, mas sem dúvida uma das mais importantes foi a criação de novas unidades funcionais, como os Centros de Saúde, que viram a sua rede ser reforçada. Pode até assumir-se que terá sido esta reforma que marcou uma mudança de paradigma, já que passou a exaltar-se o papel dos Cuidados de Saúde Primários enquanto prestadores de cuidados que deveriam ter um papel mais ativo junto da população, indo ao seu encontro, rompendo com a normal lógica hospitalar de somente receber quem a eles recorresse.

De acordo com a posição de ALCINDO MACIEL BARBOSA, médico e assistente graduado sénior de saúde pública, esta tendência para privilegiar um papel mais ativo dos prestadores de cuidados de saúde é reveladora do reconhecimento de que, atuando numa ótica de prevenção, alertando as pessoas para determinados comportamentos de risco e vigiando grupos mais vulneráveis, seria possível fazer mais pela população com menos recursos¹⁵.

Durante esse período, quem detinha a direção dessas unidades funcionais era a Autoridade Sanitária, os subdelegados e delegados de saúde, que tinham sobretudo preocupações sanitárias. Assim, o que o Decreto-Lei n.º 473/71, de 27 de setembro procurou fazer foi introduzir conceitos e práticas modernas que teriam em vista promover a saúde, relegando para segundo plano a doença e os cuidados curativos e voltando o foco para atividades¹⁶ que pudessem, a nível populacional, provocar uma melhoria nas condições de saúde gerais¹⁷.

De referir que a Autoridade Sanitária era uma entidade multifacetada que estava preparada para assumir várias tarefas, o que, de facto, aconteceu com o decorrer dos anos. Aliás, à medida que o tempo avançava, enquanto detinha a

“tarefa prestigiante de prestadora de cuidados de saúde por excelência, simultaneamente, também continuava a fazer inspeções, vistorias, exarava pareceres vinculativos, emitia

¹⁵ Cfr. ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS; JORGE SIMÕES, *op. cit.*, p.186.

¹⁶ Surgiram cada vez mais ações no âmbito da Saúde Materna, Escolar ou Infantil, campos onde se reconhecia uma especial vulnerabilidade, que acarretava uma necessidade de maior atuação. A par destas iniciativas, o Plano Nacional de Vacinação atinge maior amplitude, sendo que para isso foi necessário que fossem os Centros de Saúde as únicas entidades a poder aplicar vacinas. Antes disso, a vacinação era responsabilidade de consultórios privados o que dificultava o controlo e tornava muito difícil ter uma perceção exata da percentagem de população que estava coberta por essa proteção. Isso tornava impossível uma prevenção eficiente de doenças para as quais já existia verdadeiramente uma vacina. A educação para a saúde ganhou uma nova projeção enquanto importante reforço a essa participação do próprio doente no processo de melhoria do seu estado e das condições de saúde, em geral.

¹⁷ De reforçar que é também nessa época que começam a ser criados indicadores e incorporados conceitos que ainda hoje existem, como é o caso da nomenclatura “Delegado de Saúde”. Prova da crescente preocupação com a aferição da qualidade da saúde pública é o aparecimento de avultadas estatísticas que avaliavam essa mesma melhoria das condições gerais de saúde.

atestados para diferentes tarefas ou determinava em inúmeros actos e actividades o que fazia bem ou mal à saúde”¹⁸.

Com a revolução de 1974, que serviu de certo modo como catalisador para as mudanças que já vinham sendo consideradas necessárias, o Serviço Nacional de Saúde começa a desabrochar para progressivamente tomar a forma que tem hoje. Ainda em fase muito embrionária, apenas no ano de 1979 é juridicamente consagrado, pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro.

De notar que é durante este espaço temporal em que o Serviço Nacional de Saúde se ia afirmando que é elaborada a Constituição da República Portuguesa (doravante CRP) de 1976. Já na sua redação original, ela previa, no n.º 1 do seu art.64.º, o “*direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover*”. Decompondo esta disposição, tem-se que, por um lado, os cidadãos terão o direito de acesso a cuidados médicos, quer estes se insiram na medicina preventiva, curativa ou de reabilitação, e por outro, o Estado deve conseguir, através de regulação clara e eficaz, criar medidas concretizadoras destes fins.

Para atingir este objetivo, deve o Estado fazer mais do que simplesmente instaurar um Serviço Nacional de Saúde. Muitos outros fatores devem ser levados em conta de forma a poder afirmar-se que há de facto um direito efetivo à proteção da saúde. Destarte, para que este direito constitucionalmente consagrado seja devidamente concretizado, fatores que são verdadeiras condições de acesso a esse direito como a cultura¹⁹, desenvolvimento económico e social, envelhecimento da população ou distribuição geográfica, têm de pesar na balança do legislador.

Prevê também, já no n.º 2, uma série de condições através das quais se pretende concretizar esse já antes postulado direito à saúde. Se por um lado se reconhece que há necessidade de promover hábitos mais saudáveis e também condições de vida mais favoráveis para a população, criando condições económicas, sociais e culturais para tal, por outro exalta-se a importância de um SNS que teria três características fundamentais – universalidade, generalidade e gratuidade²⁰.

¹⁸ Vide ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS; JORGE SIMÕES, *op. cit.*, p.190.

¹⁹ Quanto a este ponto, cumpre referir que a ligação entre a cultura e a saúde é cada vez mais notória. Por um lado, o padrão de crenças, ideias e costumes de cada indivíduo influencia a importância que ele dá à saúde e o grau de envolvimento a que está disposto no que toca à adoção de práticas mais saudáveis. Por outro, a cultura pode funcionar como um potenciador de saúde, já que se determinadas noções forem incorporadas por essa cultura torna-se mais possível uma ação em saúde que seja mais efetiva e participada. Diferentes culturas atribuem diferentes significados à morte ou à doença e essas crenças discrepantes traduzem-se também num determinado padrão de comportamentos e de disponibilidade psicológica para um debate em sociedade. Atualmente, a saúde é cada vez mais associada à noção de estilo de vida. A este respeito, e seguindo o entendimento de Zara Coelho, “tornar-se ou manter-se saudável é actualmente uma preocupação para muitos, um dever que atravessa todo o espaço social, da escola às famílias, dos programas políticos às políticas sociais, dos média à publicidade, e uma prática que tem dado lugar a novas formas de sociabilidade”. Vide RITA ARAÚJO; et al., *Saúde, Sociedade, Cultura e Comunicação. A Saúde em Notícia: repensando práticas de comunicação*, 1ª edição. Braga: Universidade do Minho - Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, 2013, p.10.

²⁰ Com a revisão constitucional de 1989 a característica da gratuidade é alterada. Segundo a nova redação do artigo, passam a considerar-se, enquanto fator delimitador, as condições económicas e sociais do sujeito, sendo o Serviço Nacional de Saúde “*tendencialmente gratuito*”.

Já do n.º 3 resulta uma maior responsabilidade e compromisso do Estado no setor da saúde. À medida que se avança nas alíneas deste número percebemos que essas atribuições que o Estado chama a si passam por assegurar um eficaz e alargado acesso à saúde, independentemente da região ou condição financeira daquele que requer esses cuidados, assumir o controlo de atividades como a produção, comercialização e uso de produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e também controlar e articular com o Serviço Nacional de Saúde formas privadas e empresariais da medicina. A par destas preocupações, de notar também que o financiamento público aumentou consideravelmente neste período.

A nível da saúde pública, os Centros de Saúde aparecem como principais motores de promoção de atividades que contribuem para uma melhoria das condições de saúde da população em geral.

Em 1982, as Administrações Distritais dos Serviços de Saúde, financiadas pelo Orçamento de Estado, dão lugar às Administrações Regionais de Saúde, entidades que são criadas pelo Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho. É também neste ano que é criada a especialidade médica de Clínica Geral. Com esta nova categoria os Delegados de Saúde perdem algum do seu poder, não sendo eles os únicos responsáveis pela direção dos centros de saúde.

Já no final dessa década, assiste-se à ascensão de uma nova área, a Saúde Ambiental²¹. O interesse que esta matéria despoletou entre os médicos de clínica geral fez com que esta depressa se desenvolvesse, constituindo seu objeto o estudo das causas que levavam a certas condições.

Segundo ALCINDO MACIEL BARBOSA, deu-se neste momento uma viragem na forma como a Saúde Pública era percecionada²², abandonaram-se antigos conceitos e passou a olhar-se para a doença como o resultado da combinação de vários fatores determinantes, que era preciso analisar. Terá sido este um dos principais motivos para a modernização da Saúde Pública que se dá nos anos subsequentes.

²¹ De destacar que, de facto, os serviços de Saúde Pública não são prestados somente por médicos e que, com o advento desta nova área de atuação, passaram a ter um papel importante os engenheiros do ambiente ou os técnicos de saúde ambiental. Isto é revelador de uma crescente abertura desta área, onde se passa a assumir o peso da intersectorialidade como fator preponderante para conseguir cumprir os objetivos de melhoria da qualidade da saúde da população em geral. Assim, é também nesta fase que são chamados profissionais de diferentes ramos do saber, como os psicólogos ou os nutricionistas.

²² Globalmente, podemos assumir que a evolução da Saúde Pública se processou em, essencialmente, quatro eras, à qual podemos juntar uma última, que marca o momento presente. A primeira foi a era do sanitarismo, em que se procurou melhorar as condições sanitárias e de habitação da população, permitindo níveis de higiene mais elevados, o que por sua vez inibia a disseminação de doenças. Só após esta fase, em que os Estados tiveram um papel crucial, começa a valorizar-se o serviço preventivo. O marco desta segunda era foi a vacinação. A terceira caracterizou-se como sendo a era terapêutica, período em que se descobriram formas eficazes de atuação contra certas doenças. Da quarta etapa de evolução temos a salientar a grande importância conferida à avaliação de fatores de risco e estilos de vida mais ou menos saudáveis. É a fase que marca a exaltação dos Determinantes Sociais da Saúde e que procura atuar sobre eles. Por fim, vivemos atualmente uma era que privilegia o papel que a comunidade tem em traçar o seu próprio caminho neste domínio, procurando conferir-lhe ferramentas que capacitem os seus membros no que toca a uma participação mais ativa na decisão em saúde. *Vide* ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, Promover a Saúde: Dos Fundamentos à Ação. 3ª edição. Coimbra: Almedina, 2018, p.35.

Durante a década de 1990, pode assumir-se que a regulamentação do setor da saúde se fez sobretudo com recurso a dois diplomas fundamentais – a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto) e o Estatuto de Serviço Nacional de Saúde (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro)²³.

Ora, no que toca à composição do Sistema Nacional de Saúde, assumiam-se de forma clara três vetores que, tendo natureza diferente convergiam para o mesmo resultado.

Como supramencionado, o Serviço Nacional de Saúde era parte deste sistema, podendo ser visto como o conjunto das instituições e serviços que, sob a dependência do Ministério da Saúde, prestavam cuidados de saúde àqueles que deles necessitassem. Simultaneamente a esta atuação, desenvolvendo atividades de Promoção da Saúde, mas também de tratamento da doença, merece destaque o papel desenvolvido não só pelas entidades públicas, mas também por entidades, apesar da sua natureza privada e por profissionais liberais que prestavam cuidados de saúde acordados com o SNS.

Já no final desta década, com grande relevância para a área da Saúde Pública, são emanados três diplomas que criaram os Sistemas Locais de Saúde²⁴, os Centros de Saúde de Terceira Geração e os Centros Regionais de Saúde Pública.

No entanto, os Centros de Saúde de Terceira Geração, criados pelo Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio, nunca chegaram a afirmar-se. Por outro lado, os Centros Regionais de Saúde Pública, criados pelo Decreto-Lei n.º 286/99, de 27 de julho, com funções de coordenação dos vários serviços de saúde dentro de cada região e que atuavam junto das diferentes Administrações Regionais de Saúde, também não foram uma figura particularmente bem aceite entre as instituições que já existiam²⁵.

Assim, os fins que esta reforma pretendia alcançar foram relegados para momento posterior, quando emergem os Departamentos de Saúde Pública que vieram substituir, como consta do Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de maio, os Centros Regionais de Saúde Pública e que apresentavam como grande vantagem em relação a estes o facto de serem parte da estrutura das Administrações Regionais de Saúde²⁶.

A estrutura das Administrações Regionais de Saúde manteve-se sem grandes alterações ao longo do tempo até que, em 2011, por força da *Troika* sofreu algumas alterações estruturais com o intuito de reduzir a despesa e racionar os recursos materiais e humanos. Como refere um estudo da OCDE que

²³ Cfr. MARIA JOÃO ESTORNINHO; TIAGO MACIEIRINHA, *Direito da Saúde*. 1.ª edição. Lisboa: Universidade Católica Lisboa, 2014, p.73.

²⁴ Criado pelo Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio.

²⁵ Este fracasso deveu-se sobretudo à carência de apoio e aceitação social e também ao descontentamento que se fez sentir entre os Conselhos de Administração das diferentes Administrações Regionais de Saúde. Cfr. ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS; JORGE SIMÕES, *op. cit.*, p.195.

²⁶ Em 2008, são por sua vez criados os Agrupamentos dos Centros de Saúde, pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro.

versava precisamente uma reflexão sobre os gastos e as condições de saúde nos vários Estados membros, Portugal “introduced a number of measures from 2011 aimed at price reductions on a series of pharmaceutical products, as well as centralised procurement of medicines and guidelines in order to reduce administration costs”²⁷.

Isto não obstou a que a Saúde Pública em Portugal continuasse a acompanhar as políticas internacionais, que se guiavam pelos novos conceitos dados pela OMS Europa. Neste contexto, torna-se importante referir o “European Action Plan for Strengthening Public Health Capacity and Services in Europe”²⁸, onde se defende um reforço na Saúde Pública que sirva como catalisador para o desenvolvimento das populações.

2. PRIVATIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Como mencionado anteriormente, o Sistema de Saúde Português não se esgotava numa atuação pública. A atividade em saúde não era desenvolvida exclusivamente por entidades públicas, surgindo prestadores privados que desempenhavam também um relevante papel na Promoção da Saúde e no tratamento da doença.

Destarte, como já era aliás postulado na alínea d), do n.º 3, do art.64.º da Constituição Portuguesa de 1976, cabe ao Estado “*disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o Serviço Nacional de Saúde*”. Daqui se infere que a lei fundamental não só não concede o monopólio de atuação no setor da saúde aos órgãos e serviços estaduais, como também prevê expressamente a existência deste domínio empresarial e privado.

O Sistema de Saúde Português é, pois, misto, contando com a intervenção de entidades públicas e com os operadores privados, os quais colaboram ativamente para o SNS, numa lógica de concorrência salutar e, desse modo, contribuindo para a concretização do direito constitucionalmente consagrado de proteção da saúde nas suas múltiplas vertentes.

Aliás, já antes da Constituição da República Portuguesa de 1976 assim o ditar, vinha a Lei n.º 2120, de 19 de julho de 1963, exigir ao Estado prestações positivas no sentido de organizar e planificar a

²⁷ Vide DAVID MORGAN; ROBERTO ASTOLFI, *Health Spending Growth at Zero: Which Countries, Which Sectors Are Most Affected?* OECD Health Working Paper, 2013. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-spending-growth-at-zero_5k4dd1st95xv-en, p.19. [Consult. 4 nov. 2019].

²⁸ OMS COMITÉ REGIONAL PARA A EUROPA, *European Action Plan for Strengthening Public Health Capacity and Services in Europe*, 2012. Disponível em: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf?ua=1. [Consult. 29 out. 2019].

organização, composição e estrutura dos serviços de saúde, mas referia também que essa missão deveria caber ao Estado somente quando o superior interesse nacional ou a complexidade das funções assim o justificasse²⁹. Ou seja, fora os casos que caíssem dentro destas situações especiais, a prestação de cuidados de saúde deveria ser assegurada por instituições particulares, tendo o Estado um papel supletivo.

A grande diferença que se pode apontar entre o que resultava dessa referida Lei e a redação original do art. 64.º da CRP é que, de facto, neste último já pode associar-se ao Estado um papel ativo, do qual se retira, nas palavras de ADALBERTO CAMPOS FERNANDES³⁰, “responsabilidade material da sua provisão”³¹. Deste modo, ficaria a cargo do Estado a criação desse tal SNS e a disciplina de formas empresariais e privadas de medicina, devendo este garantir um acesso a todos os cuidados de saúde o mais amplo e eficiente possível. Na prática, esta ideia traduziu-se em várias alterações, como por exemplo a nível da gestão hospitalar, que passa a estar a cargo do Estado e não das Misericórdias.

Apesar da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, ter originado de forma definitiva o SNS, teve lugar, cerca de um ano antes da referida Lei, a produção de um famoso despacho ministerial, conhecido como “Despacho Arnaut”³², do qual resultava já que os cuidados de saúde deviam ser prestados de forma geral, universal e gratuita³³, afastando o anterior paradigma, cujo critério definidor para o acesso a esses cuidados de saúde passava pela capacidade contributiva daqueles que deles pretendiam beneficiar.

Importa ainda destacar dois dos diplomas já mencionados.

Em primeiro lugar, no tocante ao conteúdo da Lei de Bases da Saúde, publicada em 1990, permite-se ao Estado que este celebre acordos com outras entidades, de natureza privada, com o intuito de estas prestarem cuidados de saúde (ponto 4 da Base XII). Nesta Lei, o SNS é considerado como parte do Sistema de Saúde, aparecendo acompanhado de tais entidades privadas e de profissionais liberais que exerçam funções neste contexto (Base XL).

Quanto ao modo como essas entidades se relacionam com o Estado, este diploma vem também elucidar as várias formas que esta ligação pode revestir. Desde logo, pode o Estado estabelecer relações que assentem numa convenção ou acordo celebrados com profissionais ou estabelecimentos de saúde (Base XXXVI e XLIV).

²⁹ Tal como resulta da alínea c) da Base III da referida lei.

³⁰ Professor da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, gestor hospitalar e médico especialista em Saúde Pública.

³¹ Vide ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS; JORGE SIMÕES, *op. cit.*, p.212.

³² Publicado em Diário da República, a 29 de julho de 1978.

³³ Este entendimento acaba por ser depois acolhido pela já referida lei, no n.º 1 do seu art.4.º, no seu art.6.º e 7.º.

Também é possível a celebração de acordos entre as Administrações Regionais de Saúde ou o Ministério da Saúde e entidades privadas, de forma a que estas últimas possam prestar serviços de saúde a indivíduos que seriam beneficiários do SNS (ponto 3 da Base XII). Em todo o caso, caberá sempre ao Estado fiscalizar a atividade dos privados³⁴, prestando também ele próprio serviços de saúde aos cidadãos. Os princípios gerais aplicáveis, como a igualdade no acesso aos cuidados de saúde, sob a reserva do possível, a liberdade de procura e prestação de cuidados de saúde e a necessidade de fiscalização por parte do Estado quando estes cuidados sejam prestados por outros entes públicos ou privados resultam da Base I.

Já no que concerne ao Estatuto do SNS, publicado em 1993, este vem tornar incontestável a distinção entre o SNS e o Sistema de Saúde como um todo. Vem assumir a existência de um SNS submetido pelos poderes de tutela e superintendência do Ministério da Saúde, mas cuja gestão pode “ser entregue a outras entidades mediante o contrato de gestão ou a grupo de médicos em regime de convenção”, como dispõe o seu art.28.º. Ora, através desta disposição entende-se que a privatização na gestão era já vista com alguma normalidade e aceite pelo ordenamento jurídico e que a velha lógica de comando e controlo que era característica da administração estava enfraquecida.

De salientar que as alterações levadas a cabo pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, não foram pacificamente aceites. Aliás, e recorrendo às palavras de ANTÓNIO ARNAUT, esta lei não fez mais que proceder a uma “descaracterização constitucional do Serviço Nacional de Saúde, criado pela Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro”³⁵. Ademais, defende o mesmo autor que houve até uma subversão da “filosofia constitucional e humanista que motivou a criação do SNS, e transferir o serviço para o âmbito do “mercado de saúde””³⁶.

Este papel mais ativo do Estado e o crescimento do financiamento público neste domínio não impediu que, por razões de eficiência e escassez de recursos, fossem gradualmente integradas características associadas a formas de gestão privada e que, já noutra vertente, fossem estabelecidos acordos entre o Estado e entidades privadas com o propósito de estas prestarem também cuidados de saúde.

³⁴ De forma a satisfazer as premências de fiscalização que se fazem sentir neste setor, e sabendo de antemão que o Estado é, ele próprio, um dos operadores e financiadores dele, foi criada, em 2003, a Entidade Reguladora da Saúde, que tem como função controlar a atividade dessas entidades que prestam cuidados de saúde e impedir que haja ilegalidades ou violações contratuais. Esta Entidade foi criada pelo Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro, e à semelhança de outras Entidades Reguladoras, enquadra-se na administração independente, tendo como função a defesa de um serviço que revela ter interesse nacional.

³⁵ Vide ANTÓNIO ARNAUT; JOÃO SEMEDO, *Salvar o SNS: Uma Nova Lei de Bases da Saúde para Defender a Democracia*, 1ª edição. Porto: Porto Editora, 2018, p.13.

³⁶ Vide ANTÓNIO ARNAUT; JOÃO SEMEDO, *Salvar o SNS: Uma Nova Lei de Bases da Saúde para Defender a Democracia*, 1ª edição. Porto: Porto Editora, 2018, p.14.

Esta realidade não espanta. De facto, é hoje, mais que uma tendência, uma constatação inegável nos vários ramos do Direito Administrativo um fenómeno de privatização em que o Estado chama privados a assumir tarefas que tipicamente lhe caberiam, como forma de auxílio à prossecução desses fins. Neste campo, é seguro assumir-se que o Estado nunca esteve nem poderia estar sozinho, já que imperativos de eficiência e a vitalidade do direito à saúde assim o ditam.

2.1 SETOR PÚBLICO EMPRESARIAL: UMA MUDANÇA DE PARADIGMA DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS?

O setor público, definido por SOUSA FRANCO “como o conjunto de actividades económicas de qualquer natureza exercidas pelas entidades públicas (Estado, associações e instituições públicas, quer assentes na representatividade e na descentralização democrática, quer resultantes da funcionalidade-tecnocrática e da desconcentração por eficiência)”³⁷ pode ser dividido em dois ramos – Setor Público Administrativo e setor empresarial do Estado -, dependendo se as atividades levadas a cabo se regem ou não sob a égide de critérios empresariais. Por outras palavras, o que ditará a distinção é a lógica de funcionamento dessas entidades³⁸.

O Setor Público Administrativo³⁹ subdivide-se depois em quatro subsectores. Um deles é composto pela administração direta e os serviços que nela estão integrados. Dentro da administração direta distinguem-se depois os Fundos e Serviços Autónomos, que têm autonomia financeira e administrativa e são parte integrante deste setor. A Administração Regional e Local é também englobada neste ramo. Por último, é importante não esquecer a Segurança Social, cujos organismos conservam autonomia orçamental e financeira⁴⁰.

Já o Setor Público Empresarial é formado por empresas e entidades públicas empresariais e por empresas participadas. Pode afirmar-se que existe atualmente uma tendência de crescimento deste Setor Público Empresarial (SPE).

Na linha do que foi supramencionado e previamente a qualquer análise mais complexa, há que esclarecer dois pontos.

³⁷ Vide ANTÓNIO SOUSA FRANCO, *Finanças do Sector Público: Introdução aos Subsectores Institucionais*. 1ª edição. Lisboa: AAFDL, 2003, p.7.

³⁸ Cfr. *Ibid.*, p.8.

³⁹ O Setor Público Administrativo não deve ser confundido com a própria administração pública, apesar de esta ser o seu núcleo. Quando atentamos em Setor Público Administrativo, percebe-se ser uma realidade ligada à transformação ou criação de bens, assim como à prestação de serviços. Neste sentido, *ibid.*, p.9.

⁴⁰ Cfr. *ibid.*, pp.9 e 10.

Por um lado, a existência de um Setor Público Empresarial decorre da própria ideia de Estado Social. Ora, se da redação constitucional resulta que temos um elenco de Direitos Económicos, Sociais e Culturais, então, temos de conceder ao próprio Estado instrumentos que possam contribuir para a garantia e efetivação desses mesmos direitos. Neste sentido, e se for necessário como forma de suprir a incapacidade do setor empresarial privado na produção de bens e serviços necessários à população, poderá (e deverá) o Estado ser parte nessa atividade empresarial⁴¹.

Todavia, do facto dessa atividade empresarial do Estado decorrer da própria definição de Estado Social e encontrar apoio no texto Constitucional⁴², não se retira que não possam ainda assim ser levantadas questões de constitucionalidade nos casos concretos, dado que essa organização e gestão empresariais, própria de entidades privadas, não poderá fazer perigar os fins públicos que o Estado está vinculado a prosseguir.

Noutros ordenamentos, como no brasileiro, estando em causa um direito social desta importância, caso haja uma quebra na garantia desse direito provocada por qualquer fator, caberá aos tribunais “garantir a efetivação do direito social que aquela política pública visa assegurar, que como todo direito social exige que o Estado provenha e crie condições para que seja efetivado”⁴³.

No Estado Português, esta solução não seria possível. No que toca a prestações positivas que o Estado deve levar a cabo como forma de concretizar direitos sociais, mesmo estando estes constitucionalmente garantidos, os tribunais não poderão influir assim tão livremente no modo como estes são prestados.

Com efeito, ainda que esteja em causa o incumprimento de tarefas que se revelam imprescindíveis para a perfeita efetivação destes direitos, entende-se que “a invocação de argumentos “típicos” de um Estado de Direito democrático, tais como a falta de competência e de legitimidade democrática do poder judicial, aliados à imposição do respeito pelo princípio da separação de poderes contribuem de modo indelével para uma limitação da intervenção judicial no momento da decisão”⁴⁴. Entende-se que não cabe

⁴¹ Neste sentido, SOFIA D’ALTE, *op. cit.*, p.39.

⁴² Podemos considerar que decorre do próprio elenco de Direitos Económicos, Sociais e Culturais, mas também da própria definição de Estado de direito democrático, que consta do art.2.º, e das suas tarefas fundamentais, elencadas no art.9.º. A Constituição apenas se refere ao setor empresarial do Estado de modo expresse na alínea b) do n.1.º do art.293.º, para mencionar que um dos fins possíveis das receitas resultantes de reprivatizações poderá ser a “amortização da dívida pública e do sector empresarial do Estado”. A este propósito, vem PAULO OTERO defender que destas referências não se poderá retirar “uma reserva constitucional de sector empresarial do Estado, nem sequer, enquanto decorrência da possibilidade de reprivatização, uma eventual regra de preferência actual da Constituição por formas de organização ou actuação jurídico-privadas do sector público empresarial”. Vide PAULO OTERO, *Vinculação e Liberdade de Conformação Jurídica do Sector Empresarial do Estado*. 1ª edição. Coimbra: Coimbra Editora, 1998, p.91.

⁴³ Vide DENISE SILVA, *Direito à Saúde: Ativismo Judicial, Políticas Públicas e Reserva do Possível*. 1º edição. Curitiba: Juruá Editora, 2015, p.69.

⁴⁴ Vide ISA ANTÓNIO, *As Parcerias Público-Privadas no Sector da Saúde: O Advento do Estado Mínimo de Regulação e o Direito de Acesso à Saúde*. 1ª edição. Coimbra: Almedina, 2015, p.26.

ao juiz substituir-se ao legislador e concretizar o conteúdo essencial dessas prestações exigíveis em Estado em virtude da natureza dos direitos em causa.

Por outro lado, esta empresarialização tem ganho espaço e popularidade em setores como a saúde, de elevado teor prestacional e com natureza compatível com essa empresarialização. Ademais, ainda que a gestão siga uma lógica “de mercado” e possa estar sujeita ao regime de direito privado, haverá limites constitucionalmente impostos e que estão elencados no n.º 2 do art. 266.º da CRP que não podem ser ultrapassados. Tal como resulta do artigo, “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, da proporcionalidade, da justiça, da imparcialidade e da boa-fé”.

Esta dicotomia está hoje consolidada no ordenamento português, distinguindo este claramente os dois setores no Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, que veio a ser alterado pelo Decreto-Lei n.º 44/2018, de 18 de junho, e pelo Decreto-Lei n.º 75/2019, de 30 de maio. Este Decreto-Lei vem alterar a Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, que aprovou um novo regime jurídico de gestão hospitalar.

Ora, de acordo com a atual legislação em vigor, e como dispõe o art. 2.º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, as entidades integrantes do SNS e afetas à rede de prestação de cuidados de saúde, que constam do art. 1.º, serão entidades públicas dotadas de personalidade jurídica, que podem ter ou não natureza empresarial, ou entidades privadas que prestem cuidados de saúde, servindo-se para isso de um estabelecimento de saúde integrado ou a integrar no SNS, em regime de parceria público-privada. Cada uma destas três tipologias vem depois desenvolvida em capítulos distintos dentro deste diploma.

Se outrora havia uma clara prevalência do Setor Público Administrativo (SPA) na prestação de cuidados de saúde, a evolução ditou que este desse progressivamente lugar ao Setor Público Empresarial, passando a ser assegurado em muitos casos por empresas públicas (é o caso dos Hospitais, E.P.E.⁴⁵). Falamos, a este respeito, de uma “*verdadeira mutação no paradigma de prestação de cuidados de saúde traduzido na transferência do SPA para o SPE*”⁴⁶.

Esta alteração não aconteceu “*ex novo*”, sendo antes o resultado de um processo paulatino de articulação de múltiplas condições que ditaram essa necessidade. Se, por um lado, era (e é) mandamento constitucional que houvesse um SNS que garantisse um acesso universal à saúde, por

⁴⁵ A grande maioria dos Hospitais, Unidades Locais de Saúde e Centros Hospitalares estão hoje constituídos sob a forma de E.P.E.’s. No que respeita aos Hospitais, conta-se hoje o Hospital de Braga, EPE, o Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, EPE, o Hospital de Magalhães Lemos, EPE, o Hospital Santa Maria Maior, EPE – Barcelos, o Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, o Hospital de Santarém, EPE, o Hospital Garcia de Orta, EPE, o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE e o Hospital Espírito Santo, EPE – Évora. Vide MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Serviço Nacional de Saúde: Entidades de Saúde*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/institucional/entidades-de-saude/>. [Consult. 2 jan. 2020].

⁴⁶ Vide ISA ANTÓNIO, *op. cit.*, p.148.

outro lado, os recursos sempre escassearam, sendo a despesa pública grande e com tendência para aumentar, falando-se em “subfinanciamento crónico” do SNS desde a sua criação⁴⁷.

Este facto contribuiu para que se firmasse uma lógica de financiamento assente sobretudo em impostos, em que “a sua principal fonte de receitas é a recolha de impostos e sua distribuição pelos decisores políticos através do Orçamento do Estado”⁴⁸.

Posteriormente, sobretudo no final da década de 80, houve uma tendência de reforço do setor privado, também devido ao aumento de entidades privadas que prestavam serviços de saúde, que foi despoletado pelo aparecimento de seguros de saúde privados⁴⁹. Se estes seguros começaram por conquistar um pequeno mercado na sua fase inicial, fatores como um maior conhecimento da figura na sociedade ou a subida dos preços das taxas moderadoras fez com que ganhassem robustez e comesçassem também eles a ter um maior peso no financiamento em saúde, sendo que houve até trabalhadores para quem este seguro de saúde era constituído sob a forma de benefício.

Assinalamos ainda uma sucessão de alterações que foram progressivamente fazendo aproximações ao modelo atualmente vigente. De entre as mudanças operadas por essas reformas que contribuíram para o *status quo*, coube exaltar as alterações na gestão de serviços e estabelecimentos de saúde públicos, que passam a reger-se por regras e por uma lógica de mercado e, portanto, passam a ser autênticas entidades públicas empresariais, sendo paradigmática a empresarialização dos hospitais.

A necessidade de alterar o modelo tradicional de gestão hospitalar, aproximando-o dos modelos típicos da gestão empresarialista privada, em nome da eficiência, motivou a que, logo em 1968, tanto no Estatuto Hospitalar⁵⁰, como no Regulamento Geral dos Hospitais⁵¹ se abordasse, ainda que de modo vago, esta questão. Em ambos os diplomas são mencionadas a “gestão de clínica privada” e as fórmulas pelas quais esta se rege, no entanto, é no Estatuto Hospitalar que o tema da gestão e da sua eficiência é mais desenvolvido.

Também na atual Lei de Bases da Saúde é salientado que “o funcionamento dos estabelecimentos e serviços do SNS deve apoiar -se em instrumentos e técnicas de planeamento, gestão

⁴⁷ Neste sentido PEDRO PITA BARROS, *Pela Sua Saúde*. 1.ª edição. Lisboa:FFMS, 2013, pp.29 e 30.

⁴⁸ Cfr. PEDRO PITA BARROS, *op. cit.*, p.30.

⁴⁹ Cfr. ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS; JORGE SIMÕES, *op. cit.*, p.218.

⁵⁰ Neste sentido, Decreto n.º 48357, de 27 de abril.

⁵¹ Assim, Decreto n.º 48358, de 27 de abril.

e avaliação que garantam que é retirado o maior proveito socialmente útil, dos recursos públicos que lhe são alocados”⁵².

Todavia, a par desta mudança, a progressiva mutação do Direito Administrativo nesta área atuou ainda em mais duas frentes.

Desde logo, os organismos públicos de direito privado, como as sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos, modelo que foi experimentado em vários hospitais. Também a contratualização conquista o seu espaço nestas matérias.

Aliás, é de referir que antes de alguns hospitais terem sido convertidos em E.P.E., por se considerar uma solução mais ajustada e que envolvia menos riscos, foi ainda experimentado um outro modelo de gestão, que transformava estes hospitais em Sociedades Anónimas. Claro está que isto implicava grandes alterações a nível dos estatutos desses mesmos hospitais, já que incutia uma alteração estrutural de questões relacionadas com a gestão, mas também de outras com cariz financeiro e relacionadas com a utilização de novos instrumentos. Rapidamente se percebeu que esta resposta, avançada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro⁵³, que veio alterar profundamente a anterior Lei de Bases da Saúde, tinha riscos relacionados com o próprio capital e havia quem considerasse que a cobertura legal que o Estado deveria propiciar neste aspeto teria de ser maior. Assim, foi depois através do Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho, que ficou determinado que passariam estes a ser regidos por outro modelo, sendo classificados como E.P.E..

As entidades públicas passam a poder contratar determinados serviços de saúde (como é o caso dos serviços ligados à área da imagiologia) com entidades privadas, mas apenas quando exista um motivo justificativo para tal, nomeadamente, quando aquelas entidades não tenham capacidade para gerar uma resposta em tempo útil. É a própria Lei de Bases da Saúde⁵⁴ que abre esta possibilidade, na Base XXV, que tem como epígrafe “Contratos para a prestação de cuidados de saúde” e que ressalva que, apesar destas situações serem permitidas, nesses casos a prestação de cuidados de saúde deve respeitar os princípios e normas aplicáveis ao SNS.

Desde logo, passa também a ser possível a criação, e até a posterior gestão de hospitais do Serviço Nacional de Saúde por entidades privadas ao abrigo de contratos. Há ainda a possibilidade de estabelecimentos privados prestarem cuidados de saúde aos sujeitos que a eles recorrerem, no âmbito

⁵² Cfr. n.º 4 da Base XXII da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro).

⁵³ Alterada pelo Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

⁵⁴ Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro.

do SNS e deste adquirir serviços e contratar trabalhadores dessas entidades privadas, em caso de necessidade. Foi através do Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril, que foi estabelecido o regime de celebração das convenções que vinham já previstas na anterior Lei de Bases da Saúde. Como adianta desde logo o seu art.2.º, estas convenções podem ser celebradas entre o Ministério da Saúde ou administrações regionais de saúde e entes privados. O objeto do contrato será a prestação de cuidados de saúde a utentes do SNS.

Este reforço nas relações estabelecidas entre o Estado e as entidades privadas, muitas vezes formalizada através de contratos ou convenções, foi o caminho escolhido para fazer funcionar um setor em que toda a lógica de financiamento não poderia ser alterada estruturalmente. Dada a importância do fenómeno parcerístico no panorama atual, relega-se a sua análise mais detalhada para um momento posterior deste estudo.

Este fenómeno empresarialista suscitou a questão de saber se daí poderia advir um risco para o SNS tal como este surge caracterizado na constituição, com as características de universalidade, generalidade e tendencial gratuitidade. Pondo em causa estas características, o próprio direito à proteção da saúde poderia ficar em risco. Neste ponto, VITAL MOREIRA defende que este fenómeno de empresarialização em nada contribui para fazer perigar qualquer uma das características associadas a este modelo⁵⁵. Destarte, conclui que a efetividade do direito constitucional tal como consta do art.64.º da CRP não desaparece com a mudança para um paradigma onde as entidades que prestam cuidados de saúde possam ter estatuto empresarial.

Já JOÃO SEMEDO considera que “a pretexto da agilização dos processos de gestão, nomeadamente da aquisição de bens e serviços e da contratação de profissionais, os hospitais-empresa rasgaram as carreiras, os contratos e os direitos laborais, semearam a precariedade e a desmotivação, impuseram uma gestão conduzida por resultados financeiros em detrimento dos resultados assistenciais”⁵⁶, expondo então os pontos que considera terem contribuído para a atual situação de crise no SNS.

De entre as razões que o levam a tomar tal posição está o facto de considerar que essa mudança de estatuto não tem de acarretar necessariamente uma alteração às particularidades referenciadas na CRP. Mesmo quando analisamos a compatibilidade deste fenómeno com características como a tendencial gratuitidade do SNS, que poderia ser mais “frágil”, verificamos que para o utente a situação

⁵⁵ Cfr. VITAL MOREIRA, A Nova Entidade Reguladora da Saúde em Portugal. In *Revista de Direito Público da Economia – RDPE*, Belo Horizonte, ano 2, n.º 5, 2004, p. 109.

⁵⁶ Vide ANTÓNIO ARNAUT; JOÃO SEMEDO, *Salvar o SNS: Uma Nova Lei de Bases da Saúde para Defender a Democracia*, 1ª edição. Porto: Porto Editora, 2018, p.27.

mantém-se, continuando a não ter de suportar o pagamento, ainda que o modo como este é feito se altere⁵⁷. No fundo, o hospital E.P.E. comporta-se, à semelhança do que acontece em hospitais privados, como um “credor” face ao Estado, já que este último lhe deve o preço correspondente aos serviços efetivamente prestados àquele utente⁵⁸.

Dentro do leque de exigências estabelecidas pelo art.64.º da CRP, nomeadamente no seu n.º4, introduzido aquando da revisão constitucional de 1982, impõe-se também que haja uma gestão participada e descentralizada.

Ora, poderá uma gestão que se faz em moldes empresariais e de acordo com as demandas do direito privado assegurar, ainda assim, estes requisitos? Consideramos que sim, porque mais uma vez, não há qualquer necessidade de proceder a alterações em aspetos na organização e composição dessas unidades das quais possa advir uma incompatibilidade com este preceito constitucional.

Assim sendo, a gestão participada não ficaria em causa nas entidades empresarializadas já que se poderia introduzir nestas um órgão que a assegurasse, com funções de representação e consulta. De forma a desenvolver esta ideia torna-se importante o Acórdão n.º 731/95, do Tribunal Constitucional. Segundo este Acórdão, a CRP impõe “órgãos, nos quais tenha assento representantes dos utentes dos Serviço Nacional de Saúde e dos profissionais de saúde”. Estes permitiriam a participação dos utentes e dos profissionais de saúde na tomada de decisões, não colocando em causa a vertente da participação.

Do ponto de vista da descentralização, consideremos, por um lado, a posição defendida por MARIA JOÃO ESTORNINHO e TIAGO MACIEIRINHA e, por outro, a posição adotada por GOMES CANOTILHO e VITAL MOREIRA.

Para os primeiros autores, da descentralização imposta pelo texto constitucional não decorrerá “qualquer obrigação de *regionalização* ou descentralização territorial do Serviço Nacional de Saúde”⁵⁹, nem tão pouco resultará que “os serviços prestadores de cuidados de saúde hão-de ter natureza jurídico-pública, integrados na noção clássica de administração indireta do Estado”⁶⁰, acrescentando ainda que nada impede que esses serviços tenham natureza privada. Todavia, neste último caso impõe-se que esses serviços estejam integrados numa estrutura tal que permita que sobre eles recaia um controlo de natureza pública.

⁵⁷ A única diferença será a forma como o Estado tem de assegurar o pagamento, já que é responsável pelo pagamento dos cuidados efetivamente prestados e não por atribuir uma dotação do Orçamento de Estado para estes serviços.

⁵⁸ Vide ISA ANTÓNIO, *op. cit.*, p.172.

⁵⁹ MARIA JOÃO ESTORNINHO; TIAGO MACIEIRINHA, *op. cit.*, p.63.

⁶⁰ Cfr. *ibid.*, p.63.

Para os segundos autores, quando o texto constitucional refere descentralização, demanda, claramente, a obrigatoriedade de uma descentralização territorial destes serviços. De acordo com a sua posição, a “gestão descentralizada significa, por um lado, que, sendo embora um serviço de nível e âmbito nacional, o SNS há-de ter uma estrutura descentralizada, quer sob o ponto de vista funcional, quer sob o ponto de vista territorial (sobretudo a nível regional)”⁶¹.

Em linha com a primeira posição está o Acórdão n.º 39/84 e o já mencionado Acórdão n.º 731/95, do Tribunal Constitucional.

Para o primeiro, a unidade do SNS nunca deverá ser posta em causa, contudo, nada impede que sejam os seus serviços dotados de um certo grau de autonomia. Ou seja, estes serviços deverão ser encarados como parte da administração indireta do Estado e não como serviços diretos deste⁶².

Quanto ao conteúdo do segundo Acórdão, também este defende que os serviços de prestação de cuidados não devem estar “integrados na pessoa coletiva Estado, hierarquicamente dependentes do Governo e sujeitos ao poder de direção deste”. Devem ser “pessoas coletivas distintas deste”. Ressalva também a necessidade de estarem sujeitos a poderes de controlo por parte do Estado.

Assim, a descentralização a que aqui se alude não seria territorial, mas sim técnica ou por serviços, dizendo respeito à “dispersão de poderes pela miríade de institutos públicos e de empresas públicas (descentralização institucional) e, igualmente, à distribuição de competências pela vastidão de associações públicas (descentralização associativa)”⁶³.

Importa agora analisar de um modo mais detalhado o contributo de cada um dos dois setores públicos para a prossecução e efetivação do direito à proteção da saúde.

No que concerne à Administração Central, mais concretamente ao Ministério da Saúde, este tem funções predominantemente normativas e de regulação do setor, a par da regulação especificamente levada a cabo pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS). Esta última é essencial a nível de supervisão e regulação, estando em todo o caso sujeita à tutela do Ministério da Saúde.

Ao Ministério da Saúde cabe, como resulta aliás do art.1.º da sua Lei Orgânica⁶⁴, “definir e conduzir a política nacional de saúde, garantindo uma aplicação e utilização sustentáveis dos recursos e a

⁶¹ JOSÉ CANOTILHO; VITAL MOREIRA, Constituição da República Portuguesa Anotada. Vol I. 4ª edição revista. Coimbra: Coimbra Editora, 2007, p.828.

⁶² Quando neste acórdão se refere *administração pública*, deve esta ser encarada como administração pública em sentido material, ou seja, os serviços poderão ter natureza privada, sendo considerados administração pública em sentido material na medida em que prosseguem fins de interesse público. Neste caso, a prestação de cuidados de saúde.

⁶³ Cfr. ISA ANTÓNIO, *op. cit.*, p.131.

⁶⁴ Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro.

avaliação dos seus resultados”. As suas competências surgem ainda mais demarcadas quando se considera como ponto de referência o SNS, já que, como dispõe a alínea b) do seu art.2.º, deve junto deste exercer “funções de regulamentação, planeamento, financiamento, orientação, acompanhamento, avaliação, auditoria e inspeção”. Neste âmbito, as atribuições do Ministério extravasam aquelas que, em termos tradicionais, lhe são atribuídas.

Não deve ser esquecida a componente da orientação, já que cabe a esta Administração Central conduzir os moldes de atuação do SNS, para que se faça frente aos vários problemas que o afetam e se garanta a rapidez e eficácia no acesso e a qualidade dos serviços.

Se por outra via se refletir acerca do papel atual que o Ministério da Saúde desempenha quando estejam em causa atividades levadas a cabo pelo setor privado, esteja ou não integrado no SNS, conclui-se que grande parte do seu papel se resume a questões relacionadas com a fiscalização do modo como essas atividades são prestadas e a uma regulamentação das mesmas, para que estas não se desenrolem em trâmites tais que ponham em causa a própria prossecução do interesse público⁶⁵.

Em suma:

“o Ministério da Saúde é responsável pela *política de saúde* (exercendo, entre outras, as correspondentes funções normativas) e, se em relação ao SNS, financia, orienta e regula, acompanha e avalia, em relação ao sector privado, exerce essencialmente tarefas de regulamentação e fiscalização”⁶⁶.

Através das suas autoridades de saúde pública, tem também um papel fulcral em relação ao controlo de fatores de risco para a saúde da população e Promoção da Saúde desta⁶⁷.

Relativamente ao papel desempenhado pela Administração Regional e pela Administração Local, importa referir os instrumentos que estas têm ao seu dispor para moldar as políticas de saúde e adequá-las às necessidades específicas da sua população e da área em que atuam.

Tanto na Região Autónoma dos Açores como na Região Autónoma da Madeira os órgãos de Governo têm autonomia para definir aquelas que serão as suas políticas de saúde e executá-las do modo que lhes

⁶⁵ Conforme resulta da alínea c) do art.2.º da sua Lei Orgânica.

⁶⁶ MARIA JOÃO ESTORNINHO; TIAGO MACIEIRINHA, *op. cit.*, p.76.

⁶⁷ MARIA JOÃO ESTORNINHO; TIAGO MACIEIRINHA, *op. cit.*, p.76.

pareça mais adequado e eficaz. O que muda de uma região para a outra serão as entidades que se dedicam a essa missão⁶⁸.

Por último, mas não menos importante, cabe ainda exaltar o papel da Administração Local. A Lei de Bases da Saúde refere, logo na sua Base VIII, que às autarquias cabe participar ativamente na Promoção da Saúde coletiva e individual. Sem prejuízo disto, e como ficou disciplinado pela Lei n.º 50/2018, de 16 de agosto, pode haver transferência direta de competências na área da saúde para essas Autarquias Locais.

Ainda nos termos desta Lei, caberá aos órgãos municipais “participar no planeamento, na gestão e na realização de investimentos relativos a novas unidades de prestação de cuidados de saúde primários”⁶⁹. Tem também funções de gestão, plasmadas no n.º 2 do art.13.º.

Será de destacar, pela importância e ligação direta que tem com este estudo, a função que o município desempenha como promotor de uma compatibilização entre o desenvolvimento local, que deve ser planeado, e a necessidade de assegurar a qualidade na saúde pública (Base IX e alínea d) do n.º 2 do art.13.º da Lei n.º 50/2018, de 16 de agosto). Na sua Base XII, a Lei de Bases da Saúde faz também referência a um conceito que se vai evidenciando cada vez mais neste domínio, a literacia em saúde. A par deste, as autarquias, quando estabelecem determinados planos e tomam decisões, devem ter na sua base outras áreas que se interliguem com esta. Apelamos, então, à necessária vertente intersectorial.

Em suma, o papel do poder local ganha cada vez mais força neste domínio, à medida que se admite que a forma de atuação em saúde terá de levar em conta os determinantes que sobre ela atuam. Deste modo:

“profissionais de várias áreas, os cidadãos e suas organizações têm vindo a debruçar-se sobre as ações e os mecanismos que podem favorecer ou prejudicar a saúde, tendo em conta que o Estado-Providência está em declínio e que o poder local terá de

⁶⁸ Em ambas as regiões as matérias relacionadas com a política de saúde são da competência da Secretaria Regional da Saúde, mas estas apresentam diferenças a nível orgânico e funcional. Nos Açores, esta Secretaria foi criada pelo Decreto Regulamentar Regional n.º 32/80/A, de 11 de dezembro, tendo sofrido alterações substanciais anos mais tarde, através da entrada em vigor do Decreto Regulamentar Regional n.º 28/99/A, de 31 de julho, que foi também alterado pelo Decreto Regulamentar Regional n.º 1/2010/A, de 4 de janeiro. Já na Madeira, a criação da Secretaria Regional da Saúde aconteceu por força do Decreto Regulamentar Regional n.º 2/2015/M, de 12 de maio, revogado pelo Decreto Regulamentar Regional n.º 13/2017/M, de 7 de novembro. Por sua vez, este foi revogado pelo Decreto Regulamentar Regional n.º 8-A/2019/M, de 19 de novembro, retificado pela Declaração de Retificação n.º 59/2019, de 5 de dezembro. Isto não consubstancia uma desvantagem, pelo contrário, estas entidades devem adaptar-se à população sobre a qual exercem a sua competência e aos desafios próprios de cada região.

⁶⁹ Conforme resulta do n.1.º do seu art.13.º. Há que salientar que na Região Autónoma da Madeira a Secretaria Regional da Saúde tem também competências no âmbito da Proteção Civil, que antes eram monopólio da Secretaria Regional da Inclusão e Assuntos Sociais.

assumir a liderança dos processos conducentes ao bem-estar das populações que fazem parte do seu território”⁷⁰.

Há, portanto, necessidade de um *empowerment* a nível local e de uma articulação entre aquilo que são os planos de âmbito nacional e regional e o planeamento e intervenção que são desenvolvidos a nível autárquico. Servindo este propósito, teve origem um projeto que procurou realizar um estudo exaustivo acerca daquela que era a perceção dos órgãos autárquicos sobre o seu próprio papel em saúde. Este Projeto de Capacitação em Promoção da Saúde (PROCAPS), culminou com a realização de uma conferência (Comunidades, Autarquias e Saúde), que teve o apoio da OMS e do Alto Comissariado da Saúde⁷¹. Mais do que pontos positivos, foram identificados os campos onde os órgãos autárquicos tinham um maior défice, que se traduzia por sua vez numa intervenção mais ineficiente junto da população⁷².

Ora, quanto ao setor empresarial, o Estado terá uma função de regulamentação e controlo da atividade. Ou seja, aqui o Estado dá definições gerais, objetivos, e controla a forma como os serviços são prestados.

Muito se tem falado de hospitais sob a forma de Entidade Pública Empresarial (Hospitais, E.P.E.), mas resta elucidar o que implica este conceito e de que forma está delimitada a sua dependência em relação ao Estado.

Antes de mais, o Ministro da Saúde terá sempre um poder de superintendência⁷³ e de tutela⁷⁴ sobre elas, ainda que sejam dotadas de uma elevada autonomia que se manifesta em várias vertentes, nomeadamente a nível administrativo, financeiro e patrimonial, como aliás se percebe através da leitura da alínea b) do art.2.º e n.º 1 do art.18.º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, alterado⁷⁵. O capital estatutário destas é detido integralmente pelo Estado (n.º 2 do art.16.º) e define os limites de endividamento. Os seus órgãos sociais são idênticos aos das sociedades anónimas, como dispõe o art.7.º, que refere “órgãos de administração, de fiscalização, de apoio técnico e de consulta”.

Os poderes do Estado vêm descritos pelo art.6.º e art.20.º do diploma supramencionado. No art.6.º menciona-se que cabem ao membro do Governo responsável pela área da saúde funções normativas e

⁷⁰ Vide ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA; JOSÉ MIGUEL, Promoção da Saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol.31, 2013, p.26.

⁷¹ Cfr. *ibid.*, p.26 e 27.

⁷² Os principais pontos fortes dos órgãos autárquicos estão relacionados com a sua experiência no que toca a trabalho em rede e nos instrumentos que têm ao seu dispor no que concerne ao planeamento em saúde. Os principais défices encontravam-se na falta de dados relacionados com a saúde da sua população de que estes órgãos muitas vezes dispunham e com as dificuldades em conjugar a intervenção em saúde com outras áreas que a influenciam e que com ela se relacionam. Vide ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA; JOSÉ MIGUEL, *op. cit.*, p.27.

⁷³ Como consta do art.19.º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, alterado.

⁷⁴ Cfr. art. 20.º e 23.º do mesmo diploma.

⁷⁵ O referido diploma foi alterado pelo Decreto-Lei n.º 44/2018, de 18 de junho e pelo Decreto-Lei n.º 75/2019, de 30 de maio.

definição de critérios de atuação hospitalar (alínea a)). Cabe-lhe também o acompanhamento, inspeção e ponderação de eventual restrição gestonária por desequilíbrio económico-financeiro (alínea c), d) e e)). Já o art.20.º faz menção à determinação de auditorias e homologação de regulamentos internos (alínea b) e c) do n.º 1), assim como à aprovação de planos e orçamentos (alínea a) do n.º 2) e autorização de atos de diversa natureza.

O contrato individual de trabalho é a regra entre o seu pessoal (n.º 1 do art.27.º) e o financiamento faz-se por contratos programa celebrados entre essa entidade e o Estado (art.25.º).

No fundo, quando se fala em empresarialização dos hospitais refere-se uma “tarefa de cariz social e jurídico-constitucional relativa à prestação de cuidados de saúde que era da quase exclusividade do Estado, é agora objecto de uma “delegação” ou transferência para o sector privado, economicamente mais robusto que o sector público”⁷⁶.

De forma muito breve, resta referir que foi ainda adotada uma lógica de contratualização ou convenção na prestação de cuidados de saúde, celebrados entre o Estado e unidades de saúde e também profissionais liberais, no âmbito das quais, estes exercem funções enquanto prestadores de cuidados de saúde em regime de complementaridade com o Estado (SNS).

3. O FENÓMENO PARCERÍSTICO

Desde logo, cumpre estabelecer as bases dogmáticas que possibilitaram este esquema de colaboração que une entidades públicas e privadas em prol de um bem comum. Por um lado, temos o ultrapassar de uma questão que era antes inequívoca, relacionada com a própria ideia do que é um “serviço público”, de quem terá de o prestar e em que termos. Por outro, o aspeto do financiamento e da entidade obrigada a assegurá-lo.

Cumpre refletir sobre aquilo que hoje se pode considerar um serviço público. Na sua conceção clássica, de origem francesa, um serviço público estaria sempre a cargo de uma entidade pública, a menos que fosse transmitido para um ente privado, sendo que para isso seria necessário um contrato de concessão. Assim, um serviço público pertencia necessariamente a uma entidade pública, podendo esta conceder a uma entidade privada a sua exploração, mas nunca perdendo o seu domínio⁷⁷.

⁷⁶ Cfr. ISA ANTÓNIO, *op. cit.*, p.161.

⁷⁷ Cfr. MARIA JOÃO ESTORNINHO; TIAGO MACIEIRINHA, *op. cit.*, p.68.

O Estado era o prestador, financiador e autorregulador do serviço público de saúde.

Por influência do atual contexto europeu⁷⁸, esta noção é ultrapassada abrindo espaço para que os serviços públicos entrem no mercado, seguindo uma lógica de concorrência, podendo ser prestados pelos privados. Consequentemente, tem-se verificado que “uma parte crescente dos serviços sociais na União Europeia, até então geridos directamente pelas autoridades públicas, passou a estar sujeita às regras comunitárias que regem o mercado interno e à concorrência”⁷⁹.

Com o abandono da noção tradicional de serviço público, surge espaço para uma privatização de atividades asseguradas pelas entidades públicas. Cresce uma noção funcional de serviço público que mostra como o Direito Administrativo tem sido permeável aos movimentos de internacionalização e liberalização.

Destarte, a antiga relação que ligava um serviço público a um prestador necessariamente público foi afastada. Assim, já não podemos concluir dedutivamente que se o serviço é público a entidade que o presta também terá de o ser, “há um desfasamento entre a infraestrutura e a atividade de prestação do serviço em si mesmo”⁸⁰. O mesmo acontece com a entidade financiadora.

Esta *despublicatio* não esgota, no entanto, o vasto leque de mutações que operaram neste âmbito específico.

As entidades públicas e privadas procuraram também aproximar-se através da criação de entidades cujo capital é misto, ou através de parcerias público-privadas. As entidades privadas passam a ser fulcrais neste meio, sendo que “já não se trata de admitir tais operadores a fazer parte do mundo dos poderes públicos, mas sim, pelo contrário, há o reconhecimento do carácter de serviço público da atividade por eles desenvolvida”⁸¹. Atividade essa que pode, para além de ter interesse público, ser considerada prioritária. Em todo o caso, há obrigações de interesse geral a ser respeitadas e uma obrigação de regulação social que incumbe ao Estado.

⁷⁸ Ainda que numa fase inicial a União Europeia não tenha revelado uma grande preocupação em relação à noção de serviço público ou de serviço social, com o passar do tempo esta temática e a sua relação com o Direito da União Europeia, aplicável em Estados com tradições muito distintas neste domínio, começou a ser alvo de reflexão. Esta mudança de atitude face a estes serviços e ao que eles representam decorre sobretudo, como surge desde logo na introdução da Comunicação da Comissão COM (2006) 177, de 26 de abril de 2006, do reconhecimento de que, por um lado, servem “uma missão fundamental de coesão social e, por outro, a sua transformação e o seu potencial de emprego constituem parte integrante da estratégia de Lisboa”. Assim, enquanto se exaltava a premência de manter o modelo social existente, procurava operacionalizar-se um mercado interno de serviços sociais, de forma a gerar emprego e a garantir a eficiência e qualidade das prestações. Ainda assim, importa ressaltar que a competência da União no domínio da política social é meramente partilhada, como consta da alínea b) do n.º 2 do art. 4.º do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia. Daqui decorre que, segundo o princípio da subsidiariedade, podem os Estados-Membros definir o que serão, para si, esses serviços sociais de interesse geral. Cfr. Comunicação da Comissão (COM (2006) 122), de 26 de abril de 2006: Social Services of General interest in the European Union, especificamente para os serviços de saúde. Para os serviços em geral, Comunicação da Comissão (COM(2006)177), também de 26 de abril de 2006.

⁷⁹ Comunicação da Comissão COM(2006)177, p.6.

⁸⁰ Cfr. MARIA JOÃO ESTORNINHO; TIAGO MACIEIRINHA, *op. cit.*, p.69.

⁸¹ Cfr. *ibid.*, p.69.

Todo este circunstancialismo vai de encontro às bases preconizadas pelo *New Public Management* em que se procurou estabelecer uma gestão mais eficiente ao nível hospitalar, introduzindo trâmites próprios de uma gestão privada (a já aludida empresarialização hospitalar) e, por outra banda, através da criação destas parcerias, que aliviarão o Estado de um pesado investimento sem que com isso perdesse o controlo dessas entidades⁸².

No caso específico das parcerias, há grandes vantagens do ponto de vista do financiamento, tornando este esquema muito apelativo para a área da saúde. Será o parceiro privado o responsável pelo financiamento, já que tem maior robustez económica e financeira⁸³. Não seria viável ou desejável que esse financiamento incumbisse totalmente ao Estado. Sabe-se que o Estado não pode, através do seu Orçamento, fazer dotações que mantenham o nível de qualidade e diversidade na prestação de serviços públicos que existe atualmente, em virtude de isso acarretar uma dívida pública extremamente elevada.

A prestação de cuidados de saúde é o resultado da atividade levada a cabo por entidades que incorporam o setor privado, público e social (“terceiro setor” assegurado pelas Misericórdias e outras Instituições Particulares de Solidariedade Social). É dado adquirido que o Sistema de Saúde se organiza hoje de forma policêntrica, sendo que é essa atuação dos vários operadores, por delegação ou em forma de colaboração com o Estado, que caracteriza o Sistema de Saúde Português, mas resta entender como está delimitado o papel de cada um desses setores.

A empresarialização de estabelecimentos públicos que antes eram da exclusiva propriedade e controlo do Estado ou a introdução na saúde de estabelecimentos privados⁸⁴, com ou sem fins lucrativos, que passam a desempenhar um papel preponderante neste sistema afastou o paradigma de Estado prestador e fornecedor desse serviço. Assim, a formar o Sistema de Saúde temos o SNS, mas também uma grande diversidade de entidades privadas e sociais (“mistas”).

A entrada de entes privados, como já foi mencionado, surgiu principalmente para que o Estado pudesse reduzir a sua despesa em saúde sem que com isso tivesse de diminuir a qualidade ou diversidade dos serviços prestados.

Assim sendo, o Estado procurou formas de se unir a esses privados através de contratos ou convenções que trouxessem vantagens para ambas as partes, acabando também por implicar uma

⁸² Neste sentido, ISA ANTÓNIO, *op. cit.*, p.559.

⁸³ Conforme resulta do n.º 1 do art.2.º e do art.5.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, alterado pela Resolução da Assembleia da República 16/2020, de 19 de março, pelo Decreto-Lei n.º 170/2019, de 4 de dezembro e pelo Decreto-Lei n.º 84/2019, de 28 de junho.

⁸⁴ Quanto a estes, urge fazer uma precisão. Por entidades privadas que prestam cuidados de saúde, entende-se que serão as unidades às quais, não sendo pertencentes ao SNS, se aplica um regime de direito privado, bastando que seja aplicado de forma predominante para que este requisito de índole jurídica esteja preenchido. Quanto à forma, pode ser uma pessoa singular ou coletiva, prosseguindo ou não fins lucrativos.

“pesada responsabilidade que recai sobre o parceiro público que se prende com o processo de escolha e de integração das tarefas públicas que serão transmitidas para a esfera do parceiro privado”⁸⁵.

Foi neste contexto que emergiram as primeiras parcerias público-privadas⁸⁶, que ganharam grande destaque quando considerados os hospitais que compõem a rede hospitalar do SNS. O funcionamento destas parcerias resulta de uma procura, por parte do Estado, de uma divisão de riscos com o operador privado com quem decide contratar. Há várias referências a esta divisão de risco ao longo do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, alterado, começando logo na parte final do preâmbulo, onde se destaca a “partilha de riscos, com uma clara identificação da tipologia de riscos assumidos por cada um dos parceiros, sempre que se prepare um novo projeto de parceria”. Estes riscos, para além de terem de ser divididos pelas partes, têm de estar discriminados detalhadamente no próprio contrato de parceria, funcionando esta condição como um pressuposto para que haja lançamento e adjudicação da parceria. Isto resulta do art.6.º e 7.º do já referido diploma.

Não existe e, dado o seu carácter dinâmico e adaptável, é de esperar que não venha a existir, um conceito inequívoco de parceria público-privada⁸⁷. Há elementos que não são destacáveis desta figura, dada a sua essencialidade, mas entende-se que esta forma de cooperação depende muito dos contratos celebrados entre o ente público e privado que lhe servem de base. Isto leva-nos a concluir que é “impossível estabelecer um critério único de determinação das necessidades colectivas que em dado momento, compete à Administração Pública satisfazer junto do cidadão e da colectividade”⁸⁸.

Entre nós, há até quem admita a hipótese de as parcerias não constituírem um tipo contratual autónomo, uma vez que resultam de uma conjugação de tipos contratuais todos eles já existentes. Defensor desta visão é MARIO AROSO DE ALMEIDA, para quem as parcerias correspondem às já conhecidas concessões, tendo-se apenas procedido a alterações resultantes das novas necessidades dos entes públicos que nelas tomam parte⁸⁹.

⁸⁵ Vide ISA ANTÓNIO, *op. cit.*, p.367.

⁸⁶ O Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de abril, marca o início deste fenómeno. Neste diploma procurou estabelecer-se as bases desta colaboração e potenciá-la. Mais tarde, este diploma sofre alterações com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 141/2006, de 27 de julho. Este foi depois revogado pelo Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio. Atualmente, é esse o diploma em vigor, devendo levar em conta as suas sucessivas modificações.

⁸⁷ Segundo a OCDE, as parcerias público-privadas “are long term agreements between the government and a private partner whereby the private partner delivers and funds public services using a capital asset, sharing the associated risks. PPPs may deliver public services both with regards to infrastructure assets (such as bridges, roads) and social assets (such as hospitals, utilities, prisons)”. Cfr. OECD, OECD Principles for Public Governance of Public-Private Partnerships. Paris: OECD. Disponível em: <http://www.oecd.org/gov/budgeting/oecd-principles-for-public-governance-of-public-private-partnerships.htm>. [Consult. 3 de fev. 2020].

⁸⁸ Vide ISA ANTÓNIO, Das Parcerias Público-Privadas no Sector da Saúde: Análise e reflexão sobre alguns aspectos Económico-Financeiros. In *Revista Electrónica de Direito*, n.º 2, 2014, p.7, disponível em <https://blook.pt/publications/publication/8b297342666b/>. [Consult. 29 dez. 2019].

⁸⁹ Neste sentido, MARIO AROSO DE ALMEIDA, Parcerias Público-Privadas: a experiência portuguesa. In *Direito e Justiça, VI Colóquio Luso-espanhol de Direito Administrativo*, 2005, p. 175 e seguintes.

Como qualquer outro modelo, também este apresenta determinados pontos fortes, falhas e imperfeições, que se traduzem em vantagens ou desvantagens.

Do lado das vantagens, compete realçar que, através de uma repartição dos riscos e da responsabilidade (sobre a qual se debruça o art.5.º), se consegue mais facilmente rentabilizar os recursos materiais e humanos, aumentando a eficiência e reduzindo o desperdício. Aliás, esta constitui a principal finalidade de qualquer parceria, como dispõe o art.4.º.

No que respeita à repartição dos vários riscos, o n.º 1 do art.2.º do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, estipula que estes caibam, pelo menos em parte, ao operador privado. Uma repartição inadequada dos riscos poderá ter efeitos nefastos a nível da execução contratual. Aliás, é possível até que dela resultem grandes prejuízos para o ente público. Ainda assim, uma má repartição de riscos é mais frequente do que se possa pensar, o que decorre do facto de termos um ente público a celebrar contratos com um ente privado que é muito mais ágil e experiente.

Para PEDRO PITA BARROS, esta repartição de riscos não pode ser encarada como um fim em si mesmo, constituindo “um instrumento para criar incentivos junto da parte privada a obter ganhos de eficiência”⁹⁰. Daqui decorre que “estabelecer um contrato de parceria em que na prática, por via contratual, todo o risco (ou quase) é suportado pelo sector público será provavelmente pouco interessante”⁹¹.

Ao mesmo tempo, o parceiro público não perde o controlo sobre essa atividade e não precisa de recorrer a empréstimos ou endividamento para que sejam construídas determinadas infraestruturas, já que o investimento inicial fica a cargo do privado. Talvez por ser um modelo novo e complexo, outro aspeto positivo que será de realçar prende-se com a assunção, no próprio contrato, da necessidade de criar mecanismos de controlo do cumprimento das condições acordadas no contrato. Deste modo, o controlo exercido pelo parceiro público deverá ser suficiente para obstar que haja qualquer desrespeito pelo fim que esteve na base da parceria. Aliás, a título de exemplo, no próprio diploma ressalva-se a criação de uma Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos, que deve auxiliar o parceiro público a controlar a parceria e também acompanhar o processo que leva à sua formação.

Previamente à análise das eventuais desvantagens, será mais esclarecedor abordar de forma sucinta as duas modalidades de parceria que podem surgir no contexto específico da saúde.

⁹⁰ Vide PEDRO PITA BARROS, *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*. 4ª edição. Coimbra: Almedina, 2019, p.277.

⁹¹ *Ibid.*, p.277.

Na primeira modalidade temos um ente privado que é responsável pelo financiamento, construção e manutenção da infraestrutura. Após a conclusão da construção do edifício, a gestão hospitalar futura fica a cargo do Estado, tendo este que pagar ao privado pelos serviços prestados⁹².

Há ainda a possibilidade de o ente privado não só construir a infraestrutura hospitalar, mas também de a gerir durante um determinado período. Ou seja, fica responsável pela própria gestão hospitalar.

No que concerne à construção do edifício⁹³, o contrato celebrado entre o Estado e a entidade gestora do edifício não poderá ter uma duração superior a 30 anos. Se estivermos a referir-nos ao contrato celebrado entre a entidade responsável pela gestão clínica (entidade gestora do estabelecimento), o contrato de gestão não terá duração superior a 10 anos.

No que toca a contratos que versem sobre a construção de infraestruturas, o maior risco que poderá surgir é, já no fim da construção, que estava a cargo do privado, perceber-se que há uma inadequação funcional desta. Ou seja, pode acontecer que a infraestrutura construída não possa, por razões estruturais, servir o propósito para o qual foi construída e que serviu de base ao contrato. Para evitar isso, é importante que a entidade pública, enquanto guardiã desse interesse público, nunca perca o controlo sobre o projeto que está a ser levado a cabo, de forma que possa agir o mais antecipadamente possível. Neste aspeto, a Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos poderá ter um papel crucial no apoio prestado ao parceiro público.

Quanto aos contratos de gestão clínica, previstos pela alínea e) do n.º4 do art.2.º, e sendo esta uma experiência nova neste setor, exigiram que se criassem instrumentos de fiscalização e monitorização que pudessem apurar se os serviços prestados por essa entidade privada responsável pela gestão de determinada unidade de saúde não perdiam qualidade, diversidade, volume e continuidade prestacional. A esta preocupação referente às condições em que os cuidados de saúde são prestados juntaram-se outras, relacionadas com o próprio pessoal ou com a relação que estes operadores estabeleciam com outros do setor. Assim, à medida que a complexidade dos contratos ia aumentando, também a necessidade de uma monitorização mais apertada da atuação destas entidades ia surgindo.

Quanto aos recursos humanos, os pontos mais sensíveis passavam pela gestão desses mesmos recursos e pela compatibilização de carreiras, já que não deveria haver diferenças abissais entre estes

⁹² Neste sentido, ISA ANTÓNIO, *Das Parcerias Público-Privadas no Sector da Saúde: Análise e reflexão...*, *op. cit.*, p.15.

⁹³ Podemos levantar a questão de saber porque é que nestes casos em que a parceria tem como objeto a construção de uma obra pública, sem mais, as partes optam por uma parceria e não pelo clássico contrato de concessão de obras públicas. Neste caso, pensa-se que talvez o motivo em que se baseia esta escolha decorra do modo como a repartição dos riscos pode ser feita. No caso do contrato de concessão, a repartição resulta da lei, o que restringe a liberdade de conformação dos contratantes. Nas PPP's a repartição dos riscos resulta das cláusulas do contrato celebrado entre as partes e que resultou do consenso que foi por elas alcançado. Cfr. ISA ANTÓNIO, *As parcerias público-privadas no sector da saúde: o advento do Estado mínimo...*, *op. cit.*, p.268.

trabalhadores e aqueles que desempenham as mesmas funções em hospitais públicos. Os próprios sistemas de informação e de controlo foram uma das questões mais polémicas, já que se discutiu a sua adequação e eficácia, quando aplicados a hospitais integrados neste modelo.

Já passaram alguns anos desde que as primeiras parcerias despontaram. No setor da saúde, a primeira ocorreu no Hospital Amadora-Sintra, em 1995, através de um contrato de gestão que se manteve até 2008. Os passos mais significativos foram dados em 2001, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001, de 16 de novembro, onde foi criada a Estrutura de Missão de Parcerias na Saúde, que estava em dependência direta com o Ministério da Saúde. Esta Resolução pretendia expandir o modelo de gestão empresarial no contexto dos estabelecimentos hospitalares “recorrendo quer a parcerias público-públicas, baseadas em parceiros do sector público, quer a parcerias público-privadas que combinassem financiamento público com capital privado e parcerias com o sector social”⁹⁴.

Já em 2002, o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto⁹⁵, veio estabelecer um novo regime jurídico para esta figura, sendo celebradas várias outras.

Logo no ano seguinte procura aprofundar-se a reflexão sobre este modelo de forma a conseguir aperfeiçoá-lo. Nesta fase, autonomizam-se dois tipos de PPP, sendo uma voltada para as infraestruturas em si, que teria duração máxima de 30 anos, e outra mais voltada para a gestão clínica, que poderia prolongar-se por 10 anos. Em 2006, inicia-se uma nova fase em que não há inclusão de PPP que tenham como objeto a gestão clínica. Se por um lado é compreensível que a gestão se exclua, já que é de difícil monitorização, por outro, esta exclusão pode acarretar perdas de eficiência, já que podem surgir mais facilmente conflitos no seio da entidade gestora⁹⁶.

Ainda aludindo ao contexto português, há quem defenda que este tipo de colaboração veio pôr em causa princípios centrais do nosso ordenamento, como é o caso do princípio da responsabilidade do Estado para com gerações futuras. Este entendimento deve-se essencialmente à má repartição do risco nestes contratos.

⁹⁴ Cfr. MARIA JOÃO ESTORNINHO; TIAGO MACIEIRINHA, *op. cit.*, p.168.

⁹⁵ Várias das disposições deste Decreto-Lei foram depois derogadas, aquando da entrada em vigor do Código de Contratos Públicos e com a aprovação de um regime geral novo para esta figura, que se deu através do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio. Foi depois definitivamente revogado pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, que alude na sua Base XV à possibilidade de serem celebrados contratos de prestação de serviços com entidades privadas ou do setor social ou profissionais em regime de trabalho independente.

⁹⁶ Cfr. MARIA JOÃO ESTORNINHO; TIAGO MACIEIRINHA, *op. cit.*, p.168 e 169.

Se atentarmos nos processos de contratação tradicionais, nas privatizações e na celebração de parcerias, percebemos que o risco tem, em cada um deles manifestações muito próprias.

No caso de o Estado decidir contratar com um privado através de mecanismos de contratação tradicionais, o risco é inteiramente – ou quase – assumido por ele próprio. Contrariamente, na privatização, o risco recai sobre a entidade privada. A meio caminho encontram-se as parcerias, em que a divisão de risco resulta de uma negociação levada a cabo pelas partes. Esta repartição deverá ser equilibrada e dela não poderão resultar encargos excessivos para a entidade pública. Tipicamente, o ente privado assume o risco associado à conceção, construção e financiamento, sendo responsável pelo investimento inicial, o que alivia o Estado e permite que não haja agravamentos excessivos na dívida pública⁹⁷.

Entende-se que o Estado, aquando da celebração dessas mesmas parcerias, “não acautelando devidamente a assunção de riscos que deveria recair sobre a esfera privada e não sobre o parceiro público”⁹⁸, colocou em causa “o «pacto social» sagrado entre povo e Estado”⁹⁹.

De facto, mesmo quando há uma boa repartição dos riscos, JOAQUIM SARMENTO e LUC RENNEBOOG, destacam a importância que as renegociações podem ter na alteração das condições financeiras acordadas e, conseqüentemente, a nível do orçamento público. Ainda que estas possam conduzir a ganhos de eficiência e representar, assim, uma vantagem, muitas vezes verifica-se que é o interesse público que, no final do processo, sai prejudicado.

Afirmam os autores que estes contratos são especialmente propensos a estes fenómenos de renegociação por força de algumas das suas características. Primeiro, porque são contratos que se prolongam por um longo período, o que torna mais provável que mudanças imprevistas afetem as cláusulas que resultavam do contrato num ponto em específico. Estas eventuais flutuações são agravadas pelo facto de estas parcerias acontecerem em setores bastantes influenciados pela conjuntura política. Por último, porque o investimento envolvido é bastante elevado¹⁰⁰.

Como se isto não bastasse, acresce o facto de estas parcerias poderem colocar em causa características, constitucionalmente consagradas, que o SNS deveria ter, nomeadamente a tendencial gratuidade e a universalidade. Se por um lado se estima que estas PPP's, devido a riscos contratuais

⁹⁷ Neste sentido, JOAQUIM SARMENTO; LUC RENNEBOOG, Anatomia das PPPs: a sua criação, financiamento e renegociações. In *Revista Julgar*, 2017, p.12. Disponível em <http://julgar.pt/anatomia-das-parcerias-publico-privadas-a-sua-criacao-financiamento-e-renegociacoes/>. [Consult. 11 nov. 2019].

⁹⁸ Vide ISA ANTÓNIO, As parcerias público-privadas no sector da saúde: o advento do Estado mínimo..., *op. cit.*, p.374.

⁹⁹ *Ibid.*, p.374.

¹⁰⁰ Neste sentido, JOAQUIM SARMENTO; LUC RENNEBOOG, *op. cit.*, p.5.

mal calculados, sejam pagas até 2080¹⁰¹, por outro, verificou-se também um aumento nas taxas moderadoras. A universalidade periga sobretudo pelo facto de estas PPP's não terem sido implementadas no interior do país, onde o acesso à saúde fica muito mais comprometido, quando comparado a outras regiões, como o litoral¹⁰².

À partida, poderá ser difícil distinguir estas parcerias¹⁰³ de um normal fenómeno de privatização, que já foi desenvolvida neste estudo. Tanto num como noutro caso há, nas palavras de ISA ANTÓNIO, uma “transferência efectiva da titularidade de bens ou serviços para o sector privado, relegando-se para o sector público uma mera função de controlo sobre a propriedade e a qualidade dos bens e serviços prestados pelos privados”¹⁰⁴. Assim, aponta esta autora para a necessidade de recorrer a um critério avançado por ALBERTO DORREGO DE CARLOS e FRANCISCO M. VÁSQUEZ, que apela para uma distinção baseada na natureza da regulação da relação estabelecida entre as partes.

Na base de qualquer parceria público-privada está um contrato cujas cláusulas resultam de uma negociação entre as partes, que neste aspeto estão em situação de igualdade. Desta forma, o resultado do contrato que irá moldar toda a relação que daí irá surgir é fruto de uma concordância entre o ente público e o privado.

Se se observar o que acontece no caso das privatizações, constata-se que estas resultam diretamente da Lei, tendo uma base normativa e não negocial como no caso das parcerias. Isto faz com que os parâmetros reguladores da relação estejam já determinados legalmente, tendo de ser obedecidos tal como se apresentam, ou seja, é um fenómeno muito mais rígido¹⁰⁵. É precisamente esta maior flexibilidade e liberdade que faz com que estas parcerias público-privadas tivessem tido grande popularidade.

Desviando o olhar do conteúdo e atentando na forma, estes contratos deverão estar corporizados segundo a forma que seria necessária para que o contrato que lhe serve de base fosse validamente celebrado. O tipo contratual que está na base pode ser qualquer um dos elencados no n.º 4 do art.2.º

¹⁰¹ Cfr. ISA ANTÓNIO, As parcerias público-privadas no sector da saúde: o advento do Estado mínimo ..., *op. cit.*, p.340.

¹⁰² Cfr. ISA ANTÓNIO, As parcerias público-privadas no sector da saúde: o advento do Estado mínimo ..., *op. cit.*, p.375.

¹⁰³ O legislador avança alguns elementos que considera caracterizadores desta relação logo no art.2.º do Decreto-Lei 111/2012, de 23 de maio. Refere-se desde logo à base contratual destas parcerias, mencionando ainda a figura da união de contratos já que pode acontecer que haja vários contratos a ser celebrados que dependem uns dos outros e, nesse sentido, a celebração de um acarreta a celebração de outro ou outros, de forma a que não perca a sua efetividade ou propósito. Quanto aos sujeitos, de um lado tem-se necessariamente uma entidade pública e do outro uma entidade privada, que pode assumir uma grande variedade de formas societárias ou jurídicas, e que, após celebração da parceria, serão designados por parceiros. São também contratos de longa duração, em que a responsabilidade por aspetos como o investimento, financiamento ou exploração, juntamente com o risco, recai, predominante ou totalmente, sobre o parceiro privado. É precisamente esta transferência de riscos que permite a distinção desta figura e do “contracting out”, em que apenas há transferência de algumas responsabilidades para o agente privado, sendo que o risco e a responsabilidade não deixam de incumbir ao ente público. Em ambos os casos há uma tentativa de concretização de um interesse público. Quanto ao objeto, incidirão sobre infraestruturas que não constituem o fim do contrato, são antes vistas como um meio para concretizar um fim de interesse público.

¹⁰⁴ Vide ISA ANTÓNIO, As parcerias público-privadas no sector da saúde: o advento do Estado mínimo..., *op. cit.*, p.247.

¹⁰⁵ Neste sentido, ISA ANTÓNIO, As parcerias público-privadas no sector da saúde: o advento do Estado mínimo..., *op. cit.*, p.247.

do Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio, como, nomeadamente, contratos de concessão, ou subconcessão, de obras públicas ou de serviços públicos, contratos de fornecimento contínuo, de prestação de serviços¹⁰⁶, de gestão¹⁰⁷ e, por último, contratos de colaboração¹⁰⁸. Apesar da base ter de ser um destes tipos, de forma a tornar efetiva esta relação haverá que, naturalmente, celebrar outros pequenos contratos que permitam a execução desse contrato central.

No fundo, o que se pretende é que um determinado ente privado realize prestações que permitirão concretizar um fim que normalmente caberia outrora a uma entidade pública, por ser um fim público, prosseguir.

Neste caso, há um contrato que acaba por traçar uma aliança, e os moldes em que ela decorrerá, entre duas partes em que uma está mais habilitada para a execução do que outra. Ao ente público cabe somente controlar essa execução, garantindo que a eficácia com que são prestados determinados serviços públicos não se perde, já que, caso isso aconteça, a própria base da relação é desvirtuada.

A nível de funcionamento, podemos indicar como sendo principais traços distintivos entre as parcerias público-privadas e do Serviço Nacional de Saúde, os seguintes.

Pelo que foi supramencionado e que, aliás, resultaria também de uma análise ao art.64.º da CRP, o Estado atua diretamente como prestador de serviços de saúde quando estão em causa entidades pertencentes ao SNS e como regulador quando se considera a atividade de entes privados neste setor.

O que não pode ser de todo ignorado é que quando se confrontam estas duas realidades hoje em dia as diferenças já não são tantas nem tão óbvias como resultaria de uma comparação feita há décadas atrás. A lógica inerente ao SNS também se veio a alterar, ocorrendo grande parte das mudanças em virtude de se terem constatado grande dificuldades a nível de financiamento e gestão de recursos.

A empresarialização dos hospitais e os seus contratos-programa são disso exemplo. Como resulta da posição preconizada por ISA ANTÓNIO, estes contratos serviram para que os hospitais se programassem em termos plurianuais e para que a gestão orçamental neste setor fosse a melhor possível, dado os níveis de despesa pública que a saúde comporta em Portugal, já que havia uma “definição clara da quantidade de serviços clínicos que poderá disponibilizar aos utentes, estabelecendo

¹⁰⁶ No caso do contrato de prestação de serviços, uma das partes contratuais compromete-se a realizar uma atividade suplementar, de apoio, no âmbito das várias prestações de saúde que têm lugar no estabelecimento de saúde.

¹⁰⁷ O objeto do contrato será, conforme MARIA JOÃO ESTORNINHO e TIAGO MACIEIRINHA “a realização de prestações de saúde correspondentes ao serviço público de saúde através de um estabelecimento de saúde, ou parte funcionalmente autónoma, integrado ou a integrar no SNS”. Os princípios que regem este contrato são depois aplicáveis aos outros instrumentos contratuais admissíveis, o contrato de prestação de serviços e o contrato de colaboração. *Vide* MARIA JOÃO ESTORNINHO; TIAGO MACIEIRINHA, *op. cit.*, p. 170.

¹⁰⁸ No contrato de colaboração utiliza-se uma infraestrutura já existente, mas que não pertence ao parceiro público. Assim, permite-se a integração no SNS de estabelecimentos de saúde pertencentes a outras entidades. *Vide* MARIA JOÃO ESTORNINHO; TIAGO MACIEIRINHA, *op. cit.*, p. 171.

ao mesmo tempo, o volume de despesas a realizar com esses cuidados de saúde”¹⁰⁹. Isto permitiu que o Estado só tivesse de suportar serviços que foram, de facto, prestados, e não aqueles que estavam programados inicialmente.

Em jeito de conclusão, percebe-se que a aplicação desta figura resultou do compromisso que o Estado assumiu ao postular que os cuidados de saúde deveriam ser prestados a todos os seus cidadãos, ou seja, deveria haver um acesso universal a esses cuidados.

Como se abordou já anteriormente, este propósito não foi totalmente cumprido devido a um mau cálculo da distribuição do risco nos contratos que foram sendo celebrados. Nas palavras de ISA ANTÓNIO, “nunca poderá o Estado subscrever um contrato de PPP, em que garantidas são apenas as margens de lucro do privado, sem que seja devidamente assegurado o grau de certitude face à concretização dos interesses do parceiro público, *maxime* no que se refere aos riscos assumidos pelo parceiro privado e de mais-valias para o interesse público que se pretende concretamente alcançar (v.g. saúde), como a melhoria no acesso à saúde pelo cidadão e nas condições em que a saúde é prestada”¹¹⁰.

¹⁰⁹ Vide ISA ANTÓNIO, As parcerias público-privadas no sector da saúde: o advento do Estado mínimo..., *op. cit.*, p.517.

¹¹⁰ Vide ISA ANTÓNIO, As parcerias público-privadas no sector da saúde: o advento do Estado mínimo..., *op. cit.*, pp.603 e 604.

CONCLUSÕES

Por todo o exposto, denota-se uma mutação no papel até aqui desempenhado pelo Estado, que era dele tão próprio, de prestador de cuidados de saúde, sendo a saúde um serviço público.

O Estado passa a assumir as vestes de agente regulador, abandonando parte da sua vertente prestacional que, apesar de tudo, continua a estar sugerida pelo texto constitucional¹¹¹. Ao Estado cabe ainda prestar cuidados de saúde, na medida em que o SNS nunca poderá deixar de existir, mas impõe-se-lhe principalmente que seja a garantia e o escudo protetor deste direito, assegurando um acesso efetivo aos sujeitos, promovendo o melhoramento constante dos serviços prestados e intervindo em situações que possam fazer perigar este direito constitucionalmente consagrado. Cabe-lhe então assegurar todo um aparato que torne este setor eficaz, e nesta medida nunca poderá esquivar-se a uma grande parcela do financiamento, mas já não é seu dever prestar a totalidade desses serviços. Isto vai de encontro à ideia de *New Public Management*.

Nas palavras de PEDRO GONÇALVES e LICÍNIO LOPES MARTINS,

“estamos portanto diante de uma nova responsabilidade pública, por isso que o Estado deixa de ter o encargo de prestar serviços essenciais, assumindo, em vez da tradicional *responsabilidade de execução*, o dever de disciplinar ou regular o modo como os agentes do mercado prestam esses mesmos serviços”¹¹².

A ideologia subjacente ao *New Public Management* acaba por operar uma alteração profunda a nível da compreensão do próprio modelo de Estado. O Estado surge agora com uma demarcada componente empresarialista, regendo-se pela lógica de mercado e ocupando-se das normais funções sociais e económicas na medida em que os privados não possam assegurá-las¹¹³.

¹¹¹ A CRP dá alguma margem ao legislador ordinário quanto àquela que será a conformação que ele queira dar ao setor da saúde, não obriga a que tenha de se seguir um modelo organizacional específico. Daí que haja, no setor público português, entidades que apresentam uma grande variedade de formas de organização e até entidades que estão presentes no Setor Público Administrativo e, simultaneamente, no Setor Público Empresarial. Veja-se o exemplo paradigmático dos hospitais, existentes em ambos os vetores do setor público, podendo adotar a forma de institutos públicos, enquadrados no Setor Público Administrativo, ou de entidades públicas empresariais, situados no Setor Público Empresarial.

¹¹² Vide PEDRO GONÇALVES; LICÍNIO MARTINS, Os Serviços Públicos Económicos e a Concessão no Estado Regulador. *In Estudos de Regulação Pública*. Vol. I, n.º 208, 2004, p.182.

¹¹³ Cfr. ISA ANTÓNIO, As parcerias público-privadas no sector da saúde: o advento do Estado mínimo..., *op. cit.*, p.629.

Deste modo, não há nada que obste a que um determinado privado preste um serviço que é de carácter absolutamente fundamental, porém esse privado deverá realizar a sua atividade com respeito por obrigações de carácter público, próprias quando está em jogo um interesse público de suma importância.

A procura destas novas relações entre o setor público e o setor privado num âmbito como é este, em que está em jogo um bem público de extrema importância, espelha sobretudo as dificuldades de financiamento que o Estado enfrenta e a forma que este encontrou para as ultrapassar. Assim, para garantir que este bem continua a chegar a todos, teve de sofrer, necessariamente, uma privatização e empresarialização, que afixasse um acréscimo na eficiência resultante desses mandamentos de gestão privada que iriam passar a ter um papel preponderante e que iriam ter como resultado uma diminuição da despesa. Deste modo, é possível explicar este aumento “da empresarialização de serviços públicos, das parcerias público-privadas, e da regulação em detrimento da produção de bens públicos”¹¹⁴.

Claro está que, em virtude de toda a evolução, acaba por haver, no atual Sistema Nacional de Saúde, uma grande participação de operadores privados. Por um lado, porque sempre os houve, ou seja, sempre se admitiu a existência paralela de clínicas e hospitais privados que prestavam serviços de saúde e que funcionavam como apoio ao SNS, quando este por si só se revelava incapaz de dar uma resposta adequada a todos aqueles que solicitavam os seus serviços. Por outro, as parcerias público-privadas em que o Estado português decidiu apostar como forma de melhorar este setor vieram trazer novas entidades privadas a atuar no ramo da saúde.

Para futuras reformas no âmbito da saúde, seria interessante fazer uma reflexão entre as diferenças de meios e de resultados em hospitais sob a forma de instituto público, pertencentes ao SPA, e hospitais que apresentem a forma de E.P.E., inseridos no SPE. Este balanço teria não só como objetivo perceber diferenças a nível de boa gestão e eficiência, mas também perceber de que modo poderiam estas ser ultrapassadas, como por exemplo, no caso daqueles que têm a forma de E.P.E., aperfeiçoando as metas estabelecidas aquando da celebração do contrato programa. Isto terá sempre como fim último, claro está, um aumento na qualidade da prestação de serviços nestas entidades, mas também, pelo menos, teoricamente, uma redução na despesa.

No fundo, a base do problema manteve-se sempre ao longo do tempo. Os poucos recursos materiais e humanos num setor como o da saúde, ao qual está associada uma forte despesa, levam a que haja

¹¹⁴ Vide OLÍVIO AMADOR; NAZARÉ CABRAL; GUILHERME MARTINS, *A Reforma do Sector da Saúde: Uma Realidade Iminente?* 1.ª edição. Coimbra: Almedina, 2010, p.37.

urgência em recriar os modos como esta é prestada e por quem é prestada, sob pena de se ter de reduzir o custo dos tratamentos prestados à população ou a sua variedade¹¹⁵.

Em jeito de remate, destaca-se ainda que fenómenos como a empresarialização de hospitais públicos ou a abertura crescente deste setor aos privados fazem com que a lógica mercantilista se reforce cada vez mais. Se é inegável que o utente ganha liberdade para escolher qual a entidade que lhe irá prestar esses serviços de saúde, podendo levar em conta fatores como o tempo de espera ou o preço, esta realidade pode perverter a própria lógica do Sistema Nacional de Saúde, *maxime* no que respeita ao SNS.

Quando se reflete sobre o setor da saúde, percebe-se que há neste um conjunto de fatores humanos e éticos fundamentais, e que não são redutíveis a uma lógica de maximização do lucro. É imperativo que as características que nortearam a organização do Sistema Nacional de Saúde em geral, e do SNS, em particular, se mantenham e que se continue a prezar valores como a igualdade, universalidade¹¹⁶ e a tendencial gratuitidade no acesso.

Aliás, assumir que este setor se rege por regras concorrenciais acarreta também a necessidade de assumir os riscos que daí poderão advir. Fatores como a assimetria de informação podem até anular aparentes vantagens deste sistema, como a livre escolha do utente, que fica comprometida por essa sua carência de informação que estes apresentam no que toca à escolha e à necessidade de determinados tratamentos.

Outro problema que esta mercantilização pode despoletar prende-se com a própria distribuição geográfica dos hospitais a nível nacional. Em regiões onde opere apenas um estabelecimento hospitalar será correto aludir a uma verdadeira hipótese de escolha por parte do utente? Geralmente, nestas situações o utente acabará por se sujeitar aos tratamentos proporcionados por aquele estabelecimento, já que a deslocação para um outro será incómoda, mesmo que os tempos de espera, o preço ou a qualidade dos tratamentos seja inferior. Assim, podem gerar-se situações de monopólio que resultam de meras restrições geográficas.

No campo da Saúde Pública, estes constrangimentos não têm impedido Portugal de estar ao nível dos países mais desenvolvidos do mundo e de adotar estratégias como foi o caso da adoção de vários

¹¹⁵ Neste sentido, PEDRO PITA BARROS, *op. cit.*, p.47.

¹¹⁶ A igualdade e universalidade podem ser facilmente postas em causa quando se observam circunstâncias em que um estabelecimento de saúde dá primazia a doentes cuja condição requeira tratamentos aos quais está associado um menor custo, em detrimento de outros que iriam exigir, por exemplo, um maior período de internamento. A par destas situações, surgem outras em que são os próprios utentes que preferem recorrer aos tradicionais hospitais públicos sempre que os tratamentos sejam dispendiosos. Consequentemente, as despesas do Estado neste setor sobem.

planos de ação europeus que pretendiam reforçar as capacidades dos serviços de Saúde Pública, ou o “Health 2020”¹¹⁷, que visa delinear caminhos e reforçar metas para os vários Estados.

Segundo o perfil de saúde traçado pela OCDE em 2019¹¹⁸, o Sistema de Saúde Português apresenta como principais desafios ultrapassar a desigualdade na distribuição territorial de recursos¹¹⁹ e encontrar uma solução para os pagamentos em atraso nos hospitais do SNS. Zonas rurais e interiores, bem como as regiões autónomas da Madeira e dos Açores, apresentam escassez de instalações e profissionais¹²⁰, sendo este facto agravado pela circunstância de ser também muitas vezes nestas regiões que se mais concentram determinados grupos de risco, como os idosos, aos quais se associa uma maior incidência de doenças crónicas. A obesidade e o consumo excessivo de álcool são também situações que exigem maior reflexão e procura de respostas.

À parte isto, reconhece-se a eficiência e a transparência do sistema. No relatório, os cuidados de saúde primários são classificados como bons, já que cumprem grande parte das vezes um dos seus mais importantes propósitos, o de manter os doentes fora dos hospitais, quando tal se justifique.

A esperança média de vida aumentou, estando um pouco acima da esperança média de vida no resto da Europa. Contudo, os últimos anos de vida são muitas vezes acompanhados de doenças crónicas ou incapacidades. A mortalidade está também abaixo da média europeia, sendo que mais de um terço das mortes é atribuída a fatores comportamentais. Quanto à despesa, Portugal gastou 2 029 euros *per capita* (corresponde a 9% do PIB), em 2017. A média europeia situa-se nos 2 884 euros¹²¹.

Esta questão é relevante, dado que a Saúde Pública cumpre funções de elevado valor, funcionando como uma “facilitadora na tomada de decisões em políticas de saúde, nomeadamente no planear, incrementar e avaliar intervenções estratégicas úteis à saúde da população”¹²² o que leva a concluir que, quanto mais eficiente e séria seja a sua abordagem, mais ajustados serão os planos e programas do governo. No fundo, esses profissionais que atuam junto à Administração Pública serão responsáveis por

¹¹⁷ OMS COMITÉ REGIONAL PARA A EUROPA, Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhaga: World Health Organization, 2013. Disponível em: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf. [Consult. 3 fev. 2019].

¹¹⁸ OECD AND EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, Portugal: Perfil de Saúde do País 2019. Paris: OECD iLibrary, 2019. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/portugal-perfil-de-saude-do-pais-2019_75b2eac0-pt. [Consult. 30 dez. 2019].

¹¹⁹ Nem a nível das tecnologias implementadas na saúde esta igualdade se verifica, o que é desde logo preocupante porque demonstra um desinvestimento do Estado nessas regiões. Cfr. ISA ANTÓNIO, O impacto da tecnologia no setor da saúde e nos direitos fundamentais do doente. In *E.Tec Yearbook- Health Law and Technology*. 2019, p. 141.

¹²⁰ A este propósito, já se procurou constituir regimes jurídicos que beneficiem os profissionais de saúde que mostrem disponibilidade para se deslocar e prestar cuidados nessas zonas. Vide Decreto-Lei n.º 101/2015, de 4 de junho (alterado pelo Decreto-Lei n.º 15/2017, de 27 de janeiro) e, porque estabelecem quais as zonas carenciadas, os Despacho n.º 5854-A/2019, de 25 de junho, Despacho n.º 7082/2018, de 26 de julho (retificado pela Declaração de Retificação n.º 536-A/2018, de 1 de agosto).

¹²¹ OECD AND EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, Portugal: Perfil de Saúde do País 2019. Paris: OECD iLibrary, 2019. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/portugal-perfil-de-saude-do-pais-2019_75b2eac0-pt. [Consult. 30 dez. 2019].

¹²² Vide ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS; JORGE SIMÕES, *op. cit.*, p. 199.

fazer chegar a esta determinados dados que permitirão uma atuação em saúde mais ajustada e, portanto, mais eficiente.

Deste modo, as regras do jogo foram sofrendo alterações ao longo de décadas que conduziram progressivamente a uma atuação mais voltada para a categorização de comportamentos de risco, grupos vulneráveis, doenças de alto risco e setores sobre os quais se deveria intervir. Pode, assim, assumir-se que houve um voltar de olhos para a prevenção e intersectorialidade.

Este virar de página permitiu que, ainda hoje, Portugal continue a incorporar os mais recentes conceitos, estratégias e planos, muitos deles com origem na OMS Europa, nomeadamente os conceitos relacionados com as “Operações Essenciais em Saúde Pública”.

Segundo a OMS Europa, para que possa haver um verdadeiro avanço na capacitação de pessoas e instituições, bem como um reforço nos serviços de Saúde Pública, é necessária uma atuação que passe por 10 operações diferentes¹²³. Estas devem contemplar uma vertente de recolha, comunicação e interpretação de dados relacionados com a saúde das populações e com os fatores que a pode pôr em risco. Para além disso, deve procurar agir-se perante esses dados, seja através de planos de ação e programas, ou por medidas de Promoção da Saúde. A necessidade de interdisciplinaridade para uma melhor apreensão dos conceitos não é esquecida, bem como a promoção da literacia em saúde, dotando a população de informações relevantes para que estes possam eles próprios agir como promotores de saúde.

De notar que esta área em particular, muitas vezes menosprezada, tem a maior importância. Basta admitir-se que um eventual recuo possa pôr em risco o próprio direito à saúde na sua vertente individual, já que fragiliza toda a população.

¹²³ OMS EUROPA, The 10 Essential Public Health Operations. Copenhaga: OMS Europa. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations>. [Consult. 2 jan. 2020].

CAPÍTULO II - SAÚDE PÚBLICA EM PORTUGAL

SEÇÃO I - CONCEPTUALIZAÇÃO DE “SAÚDE” E DE “SAÚDE PÚBLICA”

Nem sempre se percebeu a saúde como estando intimamente relacionada com fatores genéticos, ambientais e estilo de vida. Aliás, esta foi, durante muito tempo, associada à relação estabelecida entre o homem e fatores sobrenaturais, sendo que estados de doença corresponderiam a “castigos” por comportamentos imorais do sujeito. Assim, a ligação entre religião e saúde manteve-se durante um longo período.

A separação destes dois campos começa a acontecer-se com Hipócrates. Este recusava atribuir a fatores sobrenaturais a responsabilidade sobre a saúde dos indivíduos, defendendo que esta dependia de variáveis cuja índole era científica e que, portanto, a medicina deveria assentar em princípios científicos e argumentação lógica. Segundo Hipócrates, “o estado de saúde/doença dependia do equilíbrio entre o ambiente interno – o corpo humano – com os seus quatro humores (bilis negra, bilis amarela, sangue e fleuma) e o ambiente externo (clima, ar, alimentos, bebida)”¹²⁴. Esta teoria manteve-se até ao século XVII.

Mais tarde, com Descartes, a separação do corpo e da mente ganha nova dimensão, que acabou por traduzir-se também em novas práticas e novos princípios.

Atualmente, tem-se um conceito de saúde que valoriza fatores físicos, mentais e sociais. A definição de saúde que será porventura a mais adotada em todo o globo resulta da Constituição da Organização Mundial de Saúde (doravante OMS), que surgiu em 1948. Esta definição refere que saúde “é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença ou enfermidade”. Neste sentido, a saúde deixa de ser vista como o polo oposto à doença. A ausência de doença será condição *sine qua non* para que haja saúde, mas não basta.

Nesta linha, surge, em 1978, a Conferência de Alma-Ata, que vem abordar a saúde não como sendo um fim em si mesma, mas antes como um meio de que todos os indivíduos deveriam dispor para que a comunidade, como um todo, pudesse evoluir. Ou seja, encara-se a saúde como um auxiliar do progresso e do desenvolvimento, cabendo ao Estado promovê-la e protegê-la de forma a que todos os seus cidadãos possam ter um papel ativo em sociedade e realizar o seu máximo potencial. Quanto a esta temática, torna-se vital não esquecer a importância de uma atuação a nível mais local, nomeadamente nos

¹²⁴ Vide ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, *op. cit.*, p.23.

municípios, que terão uma resposta mais adequada às necessidades de saúde da sua população, pois estão mais próximos dessa realidade¹²⁵.

À medida que novos avanços científicos e técnicos se iam sucedendo, mais ligações era possível estabelecer entre a saúde e os seus determinantes. Este facto traduziu-se na elaboração das primeiras leis sobre saúde pública, com preocupações altamente voltadas para a manutenção de boas condições sanitárias que impedissem a proliferação de doenças. Estas inquietações trouxeram uma mudança de paradigma e despoletaram alterações comportamentais.

Já no século XIX, com a industrialização, sedimenta-se a noção de que a saúde era influenciada por fatores económicos, sociais e ambientais e enfatiza-se o papel da administração como garante das condições mínimas de higiene e segurança. Tudo isto traduziu-se num aumento da esperança média de vida e numa redução da mortalidade, já que era possível prevenir mais doenças através do simples controlo dos determinantes que estavam na sua origem.

Hoje, e muito por influência da própria OMS e das diretrizes que resultam de Diretivas da Comissão Europeia, denota-se também uma abertura da saúde para outros campos. Esta intersectorialidade tem também repercussões a nível da própria Promoção da Saúde¹²⁶, procurando-se que esta abarque cada vez mais âmbitos, sendo incluída na agenda de todas as políticas. Assim, urge criar mais investimento e formas de avaliação intersectorial, a fim de concluir quais as áreas em que será mais proveitoso atuar de forma a melhorar os indicadores de saúde da população. No fundo, trata-se de dar “ênfase à promoção da consciência do impacto em outros sectores que não apenas o sector de iniciativa do projecto”¹²⁷.

A par desta tendência, apela-se a que também os próprios sujeitos sejam promotores de saúde, abandonando-se a ideia de que este papel cabia ao Estado e a algumas instituições sociais. Entende-se que cada sujeito deve ter e promover hábitos de vida saudáveis, sendo a participação em saúde crescentemente valorizada.

O paradigma adjacente à própria saúde pública modifica-se. Até aí, a atuação em saúde pública passava sobretudo pela “proliferação de programas “verticais” focalizados e orientados por campanhas

¹²⁵ *Vide ibid.*, p.27.

¹²⁶ O papel da Promoção da Saúde é cada vez mais valorizado pelas sociedades atuais. Uma das razões que pode estar na base desta crescente importância passa pela consciencialização de que uma boa atuação preventiva permite que se poupem os tão poucos recursos materiais e humanos e que, dessa forma, a despesa em saúde diminua. Esta é definida pela Carta de Ottawa, elaborada aquando da Conferência de Ottawa, em 1986, como sendo um “processo que visa criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos em que se inserem e agir sobre os fatores que a influenciam”.

¹²⁷ *Vide* PAULO K. MOREIRA, A Reforma do Sector da Saúde: Uma Realidade Iminente? 1.ª edição. Coimbra: Almedina, 2010, p.77.

de caráter essencialmente tecnológico, dirigidas a doenças específicas. Estes programas eram vistos como altamente eficientes e ofereciam a vantagem de terem objetivos facilmente mensuráveis que tendiam a ignorar o contexto social e o seu papel na produção do bem-estar ou da doença”¹²⁸.

Os programas “verticais” são gradualmente substituídos por programas onde haja participação e envolvimento da comunidade, sendo que o papel do sujeito enquanto decisor em saúde ganha novo relevo. Assim, o “que diferencia nos dias de hoje a “nova saúde pública” da abordagem tradicional é a maior importância atribuída à descrição e análise dos Determinantes da Saúde e aos métodos de abordagem dos problemas”¹²⁹. Isto acarreta maiores responsabilidades no campo da educação para a saúde. Destaca-se ainda “a responsabilidade e o importante papel que as organizações de pessoas com doença, utentes dos serviços de saúde e/ou consumidores têm na representação dos interesses destes, no seu envolvimento e na promoção da literacia, da capacitação e empoderamento dos seus membros”¹³⁰.

É também importante que estes indivíduos que são chamados a participar nestes programas sintam que são encarados como sujeitos ativos capazes de influenciar efetivamente o rumo da decisão. É bastante comum que isto não se verifique, “although the public had the opportunity to contribute during involvement activities, they felt they could not influence decision-making regarding the proposals for change; as they believed that decision for change had been made prior to public consultation leaving the public sometimes dissatisfied with the process”¹³¹.

Atualmente, a abordagem vertical ainda existe quando estão em causa categorias de doenças que, pela sua especificidade, necessitam também de uma intervenção muito própria.

Deste modo, a atuação em saúde pública abandona uma lógica meramente sanitária e passa a preocupar-se com a fase da prevenção, avaliando o peso de cada um dos Determinantes da Saúde, estabelecendo fatores de risco e procurando que os particulares tivessem um papel mais ativo, o que implicava maior informação¹³² e um fomento à investigação nessas mesmas áreas. Destarte, exalta-se a importância da vacinação obrigatória, surgem os primeiros planos nacionais de vacinação que procuram

¹²⁸ Vide ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, *op. cit.*, p.32.

¹²⁹ Vide ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, *op. cit.*, p.55.

¹³⁰ Vide MAIS PARTICIPAÇÃO MELHOR SAÚDE, Carta Para a Participação Pública em Saúde, p.2. Disponível em: <https://www.participacaosaude.com/carta-participacao-publica-em-saude>. [Consult. 29 jan. 2020].

¹³¹ Vide NEHLA DJELLOULI; et al, Involving The Public In Decision-Making About Large-Scale Changes to Health Services: A Scoping Review. *Health Policy*, n.º 123, 2019, p.642. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.05.006>. [Consult. 18 nov. 2019].

¹³² Vide ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, *op. cit.*, p.35.

erradicar determinadas doenças contagiosas ou, pelo menos, controlar a sua propagação (abrindo até a possibilidade de poder haver internamento compulsivo do paciente nestes casos).

1. CLASSIFICAÇÃO DO DIREITO DE PROTEÇÃO DA SAÚDE

No mesmo ano em que a OMS era fundada e da sua constituição surgia uma das definições de saúde mais emblemáticas de sempre, era também aprovada a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Desta retira-se que a saúde não é somente um direito individual comum, elevando-se este ao estatuto de direito fundamental. A referência a este direito surge no art.25.º, em que se proclama que todo o indivíduo terá o direito a ter e manter um nível de vida tal que lhe permita, a si e à sua família, assegurar a sua saúde e bem-estar. O artigo especifica ainda alguns âmbitos onde este direito à saúde e bem-estar essencialmente se irá projetar.

No que diz respeito ao ordenamento jurídico português, o direito de proteção da saúde, consagrado no texto constitucional no art.64º, é classificado como pertencendo ao catálogo dos direitos económicos, sociais e culturais. Desta afirmação decorre um conjunto de consequências conceptuais e de regime que não devem ser menosprezadas.

Em primeiro lugar, cumpre dizer que estes direitos sociais se distinguem dos direitos, liberdades e garantias (doravante DLG) que surgem elencados na CRP, merecendo diferente qualificação em virtude da sua dimensão principal.

Ora, esta diferença acarreta dúvidas quanto ao regime que lhe será aplicável. Enquanto que há autores que defendem que a estes deverá ser aplicado regime diverso daquele que resulta para os DLG, já que a diferente qualificação impediria uma equiparação de regime, há também outros que consideram que do ponto de vista estrutural eles são idênticos e que em nada seria descabido que a vinculação jurídica resultante de um e outro fosse igual¹³³. Posicionada entre estas duas, existe ainda uma corrente que defende a criação de um regime jurídico próprio, já que, por um lado, os dois grupos têm proteção

¹³³ Para Jorge Reis Novais, fará sentido que se aplique um mesmo regime, unitário, para todos os direitos fundamentais. Aliás, no que toca à distinção feita a nível constitucional, na sua opinião, deve perceber-se que a distinção entre DLG e direitos sociais resulta de uma transposição acrítica para o contexto constitucional de uma distinção traçada pelo Direito Internacional dos Direitos Humanos. Na constituição há uma sistematização entre direitos, liberdades e garantias e DESC que se afigura exaustiva e conclusiva. Todavia, esta distinção é depois relativizada pelo art.º 17, que manda aplicar o regime dos DLG aos direitos análogos. Assim, isto leva a que “o texto da Constituição e a sua pretensa distinção classificatória sejam muito menos assertivos e definitivos do que aquilo que deles resultaria numa leitura menos problematizante e crítica”. *Vide* JORGE NOVAIS, *Direitos sociais: Teoria Jurídica dos direitos sociais enquanto direito fundamentais*. 1ª edição. Coimbra: Coimbra editora, 2010, p.40.

constitucional, mas, por outro, não se podem ignorar as diferenças entre eles e aplicar cegamente o regime de uns a outros¹³⁴.

Para autores como MARCELO REBELO DE SOUSA e JOSÉ DE MELO ALEXANDRINO “tem-se por questionável a natureza de direito análogo a direito, liberdade e garantia do direito à saúde, posto que a alegada vertente negativa que se traduziria no direito de exigir uma abstenção de qualquer acto que prejudique a saúde já integra o âmbito de protecção de outros direitos pessoais”¹³⁵. Direitos pessoais esses como o direito à vida (art.24.º), o direito à integridade pessoal (art.25.º) e outros direitos pessoais (art.26.º), como a reserva da intimidade da vida privada.

Seguindo a linha de pensamento de JORGE REIS NOVAIS, uma das principais dificuldades relacionadas com estes direitos sociais prende-se com a inexactidão quanto àquele que terá legitimidade para delimitar o seu alcance e definir o seu conteúdo e sentido. Para além disso, e ainda que a nível prático este problema não tenha grande expressão, o autor chama a atenção para a necessidade de distinguir estes dois tipos de direitos tomando como ponto de referência as faculdades que eles concedem aos sujeitos. Só ao compará-los se poderá perceber se uma diferente densidade de controlo, no que toca a eventuais ações ou omissões do Estado, se justifica¹³⁶.

Os direitos sociais têm particularidades que os fizeram merecer essa classificação especial. Desde logo, quando se procura definir o objeto de proteção destes direitos entende-se que este passa sobretudo pelo acesso que cada indivíduo deverá ter a bens – de natureza económica, social ou cultural - que, ainda que sejam escassos ou o custo associado elevado, são essenciais para uma vida digna. Neste sentido, deve o Estado zelar pela sua promoção e proteção, traduzindo-se esse seu dever de garantia em prestações fácticas positivas às quais está associado um custo financeiro direto. Neste contexto não basta, como acontece com os DLG, uma mera abstenção estadual. O direito social é tipicamente um direito face ao Estado, que vale enquanto direito de defesa, mas que tem também uma vertente positiva.

Assim, em termos práticos, estes direitos conferem ao particular o poder de exigir ao Estado um conjunto de prestações, caso este incumpra o seu dever de garantia. Essas prestações têm um custo que deve ser suportado pelo Estado, mas que este pode “desviar” para os pagadores de impostos. Neste caso, são os particulares a suportar essa prestação¹³⁷.

¹³⁴ Vide *ibid.*, pp.31 e 32.

¹³⁵ Vide JOSÉ ALEXANDRINO; MARCELO REBELO DE SOUSA, *Constituição da República Portuguesa Comentada*. 1ª edição. Lisboa: Lex, 2000, p.173.

¹³⁶ Cfr JORGE REIS NOVAIS, *op. cit.*, p.39.

¹³⁷ Cfr JORGE REIS NOVAIS, *op. cit.*, p.55.

Se se aplicar o que foi dito ao caso específico do direito à proteção da saúde, verifica-se que também este tem uma dimensão positiva e uma dimensão negativa da qual decorrem diferentes consequências.

Por exemplo, como corolário dessa dimensão positiva tem-se o dever do Estado em promover políticas e concretizar prestações concretas que permitam um acesso aos cuidados de saúde e um tratamento eficaz da doença para todos aqueles que o necessitem. Aliás, o legislador constituinte desenvolve até algumas formas de conseguir concretizar este direito de forma plena, adiantando que, para tal, é essencial a criação de um Serviço Nacional de Saúde que garanta um acesso universal, geral e tendencialmente gratuito aos cuidados de saúde e que tenha uma gestão participada e descentralizada. Essa igualdade no acesso leva em conta fatores económicos, sociais e geográficos.

Logo neste ponto podemos traçar uma distinção de suma importância entre aquelas que são as tarefas primárias e instrumentais do Estado. No que toca às tarefas primárias, cabe ao Estado regulador garantir um acesso aos tratamentos e cuidados de saúde que seja *universal* e que cubra, de um ponto de vista geográfico, a maior área possível. Esta igualdade no acesso não deverá, em momento algum, ser descurada. Por outra banda, as tarefas instrumentais surgem como meios de obtenção de um determinado objetivo e passam pela criação de um SNS e pela sua compatibilização com formas empresariais e privadas de exercício de medicina¹³⁸, o que demonstra que o legislador constituinte tem em conta uma noção funcional de serviço público¹³⁹ e que não põe de lado a sua prossecução por entidades privadas.

A juntar a estas, temos também algumas tarefas de pendor sectorial que obrigam o Estado a adotar políticas que atuem preventiva e corretivamente em alguns problemas sociais, especificando a toxicodependência¹⁴⁰. De modo a garantir a segurança daqueles que recorrem a terapias, estabelece-se também como tarefa estadual o controlo da produção e comercialização de produtos farmacêuticos, biológicos e químicos^{141 142}.

Se a este SNS estão indubitavelmente associadas pelo texto constitucional algumas características – generalidade, universalidade e tendencial gratuitidade -, é verdade que, quanto à necessidade de assegurar a sua natureza pública, são levantadas algumas questões. Contudo, entende-se que as entidades que formam o SNS não terão de ser públicas. Quando o legislador constituinte fez referência,

¹³⁸ Cfr. MARIA JOÃO ESTORNINHO, *Organização Administrativa da Saúde*. 1ª edição. Coimbra: Almedina, 2009, p.52.

¹³⁹ Neste sentido, MARIA JOÃO ESTORNINHO; TIAGO MACIEIRINHA, *op. cit.*, p.68.

¹⁴⁰ Esta alusão direta à toxicodependência pode ser considerada redutora, já que o desejável seria encarar este problema social como sendo transversal e incorporar medidas de prevenção nas várias políticas. Vide MARCELO REBELO DE SOUSA; JOSÉ ALEXANDRINO, *op. cit.*, p.173.

¹⁴¹ Cfr. MARIA JOÃO ESTORNINHO, *op. cit.*, p.52.

¹⁴² Quanto aos custos associados a este tipo de substâncias, bem como dos tratamentos médicos em geral, tem o Estado o dever de assegurar a adequação social dos preços. Isto constitui um objetivo programático que impede que haja sujeitos excluídos de tratamentos que necessitam por motivos económicos.

na alínea b) do n.º2 do art.74.º, à criação de um “sistema público de ensino”, impôs, desde logo, esta exigência quanto à natureza. No SNS, nada foi indicado neste sentido. Assim, o que terá de ser concretizado é um acesso igual a este SNS, não resultando da lei fundamental a necessidade de serem serviços públicos a assegurá-lo, ou seja, não é necessário que haja um serviço organicamente público. Que do ponto de vista material a atividade é iminentemente pública não há dúvidas e, portanto, será indispensável o contributo do Estado enquanto agente de fiscalização¹⁴³.

Assim se conclui também que não é inconstitucional, por o legislador constituinte não o impedir, o chamado fenómeno de empresarialização de serviços públicos em saúde ou as parcerias público-privadas que foram constituídas neste âmbito.

Na alínea b) do n.º2 do art.64.º, destacam-se também alguns determinantes que influem direta ou indiretamente no estado de saúde dos indivíduos ou populações e que precisam de ser vigiados. Deste modo, orienta-se a ação da administração num dado sentido, cabendo-lhe criar condições e proteger determinados ramos, o que claramente revela uma preocupação crescente com a Promoção da Saúde e Prevenção da Doença.

Em todo o caso, é “um direito cuja dimensão positiva se encontra dependente de uma interposição legislativa, ou seja, de uma intervenção posterior do legislador que o concretize”¹⁴⁴. Isto porque se o próprio conceito de saúde não é unânime, então podem despoletar-se problemas relacionados com a indefinição do conteúdo do direito à saúde¹⁴⁵.

Aliás, esta ideia consta do Acórdão n.º 330/89, do Tribunal Constitucional, onde se refere que deve ser o legislador ordinário o responsável por concretizar, através de meios e ações, as faculdades que daqui resultam para o indivíduo. Todavia, o facto de haver também na CRP uma consagração expressa de políticas públicas que têm como fim a prossecução de determinados direitos sociais faz com que daí resulte um “mandato constitucional de optimização dos direitos, através de uma política pré-determinada, com a consequente restrição da liberdade conformadora do legislador e entrada do controlo das políticas no circuito da constitucionalidade”¹⁴⁶.

Este facto nunca poderá pôr em causa a necessária comunicação entre a esfera do Direito e a esfera da sociedade, nem deverá ser o texto constitucional detalhado ao ponto de anular por completo o papel

¹⁴³ Cfr. MARIA JOÃO ESTORNINHO; TIAGO MACIEIRINHA, *op. cit.*, p.48.

¹⁴⁴ Vide ISA ANTÓNIO, A Crise do Estado Social e o Direito à Saúde: Reflexões. In *Direito à Saúde: Dilemas Atuais*. 1ª edição. Curitiba: Juruá Editora, 2017, p.2.

¹⁴⁵ Neste sentido, TAMARA K. HERVEY; JEAN V. MCHALE, *Health Law and the European Union*. 1º edição. Reino Unido: Cambridge University Press, 2004, p. 9.

¹⁴⁶ Vide JOSÉ GOMES CANOTILHO, *Estudos sobre direitos fundamentais*. 2º edição. Coimbra: Coimbra Editora, 2008, p.130.

conformador do legislador ordinário. Assim, carecerá sempre de “uma ação positiva por parte do poder legislativo que defina as concretas faculdades que integram o direito, assim como, os concretos meios, instrumentos e mecanismos necessários e aptos à sua efetiva satisfação, de modo a viabilizar o respetivo exercício por parte do cidadão-utente”¹⁴⁷.

Estes mandamentos que o legislador constituinte erigiu expressam aquela que é a vertente objetivo-programática deste direito, que permite que se criem condições de efetivação da dimensão subjetiva. Esta dimensão subjetiva irá traduzir-se num direito subjetivo que todos os indivíduos têm de acesso e proteção da sua saúde.

Uma questão sobre a qual nos podemos debruçar a este propósito é perceber se apenas recai sobre o Estado um dever jurídico de assegurar o acesso à saúde e a tratamentos eficazes e temporalmente adequados, ou se também o próprio indivíduo é simultaneamente detentor de um direito subjetivo à saúde e um dever jurídico de cuidar da sua própria saúde. Vem o Acórdão n.º368/02 do Tribunal Constitucional defender que na base da Promoção da Saúde está precisamente a manutenção de boas condições de saúde pública, mas não considera como conflituante com o texto constitucional a obrigatoriedade de sujeição a exame médico de alguns trabalhadores¹⁴⁸.

Para MARCELO REBELO DE SOUSA e JOSÉ DE MELO ALEXANDRINO o dever de cuidar da própria saúde está protegido por outros direitos consagrados no art.24.º, art.25.º e art.26.º da CRP, que são o direito à vida, direito à integridade pessoal e outros direitos pessoais¹⁴⁹.

Um conflito que poderá advir daqui prende-se com a submissão obrigatória a exames ou análises que entrem em rota de colisão com outros direitos fundamentais da pessoa em questão, nomeadamente com a sua liberdade individual ou religiosa. Estes DLG podem ser restringidos, contudo deverão sempre respeitar-se os limites à restrição destes mesmos direitos, decorrentes do art.18.º da CRP.

O facto de haver um custo associado faz com que estes direitos estejam sujeitos ao princípio da reserva do financeiramente possível. Ora, o Estado deverá procurar garantir esses bens indispensáveis a todos, mas sempre tendo em conta os próprios recursos de que dispõe para esse fim. A este respeito, vem GOMES CANOTILHO referir que “o carácter dirigente da Constituição Social não significa a *optimização directa* e já dos direitos sociais, antes postula a *graduabilidade* de realização destes direitos. Graduabilidade não significa, porém, reversibilidade social”¹⁵⁰. Ou seja, para este autor, o facto de estarem

¹⁴⁷ Vide ISA ANTÓNIO, A Crise do Estado Social..., *op. cit.*, p.2.

¹⁴⁸ Vide MARIA JOÃO ESTORNINHO, Organização Administrativa..., *op. cit.*, p.60.

¹⁴⁹ MARCELO REBELO DE SOUSA; JOSÉ ALEXANDRINO, Constituição da República Portuguesa... *op. cit.*, p.173.

¹⁵⁰ Vide JOSÉ GOMES CANOTILHO, Estudos sobre direitos..., *op. cit.*, p.245.

sujeitos à reserva do possível não justifica que, em situações de crise, os direitos sociais sofram retrocessos. A reserva do possível interessaria no sentido de perceber que, de facto, esta realização de direitos sociais pode não atingir o seu nível máximo imediatamente. São, portanto, direitos que se vão promovendo e reforçando ao longo do tempo.

Na sua dimensão negativa, este direito garante a qualquer particular a proteção contra eventuais ações ou omissões do Estado ou de terceiros que influenciem negativamente o seu estado de saúde. É, portanto, um direito de defesa face ao Estado, tendo uma estrutura idêntica à dos DLG¹⁵¹.

2. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES EM TORNO DA UNIVERSALIDADE, GENERALIDADE E TENDENCIAL GRATUITIDADE DO SNS

Do texto constitucional, nomeadamente das alíneas a) do n.º 2 e 3 do art.64.º, resulta o dever de assegurar um acesso à saúde que alcance todos aqueles que necessitem de cuidados de saúde. Apesar desta exigência constitucional valer entre nós sem mais, se olharmos para instrumentos de regulação internacional, como a Convenção dos Direitos Humanos e a Biomedicina¹⁵² ou o Tratado de Lisboa¹⁵³, percebemos que a visão internacional daquele que é o papel do Estado na garantia deste direito não se desvia em muito desta que foi por nós adotada.

Este princípio da igualdade equitativa de oportunidades deve servir como conformador para todas as políticas sociais, neste e noutros ramos. A distribuição de bens sociais essenciais deverá ser o mais equitativa possível, de modo a assegurar que todos os grupos, incluindo os mais desfavorecidos, fossem o mais protegidos possível. De acordo com a posição de RUI NUNES, o direito à proteção da saúde deve ser lido tendo como base uma perspetiva igualitária temperada com valores utilitaristas e libertários¹⁵⁴.

No respeitante à *universalidade*, entende-se que o legislador constituinte, ao postular um acesso universal¹⁵⁵, deixou de lado uma vertente mais assistencialista, que demandaria que este acesso fosse garantido aos mais carenciados e se voltaria sobretudo para esta realidade.

Assim sendo, e à luz do princípio geral da equiparação entre portugueses e estrangeiros (consagrado no art.15.º da CRP), será seguro deduzir que também este segundo grupo deverá ter acesso aos cuidados

¹⁵¹ Cfr. MARIA JOÃO ESTORNINHO; TIAGO MACIEIRINHA, *op. cit.*, p.45 e 46.

¹⁵² Logo no art.3.º dessa mesma Convenção é referido “o acesso equitativo aos cuidados de saúde de qualidade apropriada”.

¹⁵³ Consagra, no seu art.168.º, a necessidade de salvaguardar a proteção da saúde em todas as políticas e ações que a União leve a cabo.

¹⁵⁴ Neste sentido, RUI NUNES, *Regulação da Saúde*. 3ª edição. Porto: Vida Económica, 2014, pp.47 e 48.

¹⁵⁵ Esta igualdade no acesso que abrange todos os sujeitos decorre do próprio princípio da igualdade, consagrado no art.13.º da lei fundamental.

de saúde prestados no âmbito do SNS. Todavia, o facto deste direito à saúde ser um direito social, e, portanto, sujeito à reserva do financeiramente possível, faz com que o legislador tenha “à sua disposição maior margem de liberdade para estabelecer reservas de titularidade”¹⁵⁶, quando comparada com a margem dada nos DLG, através de uma lei restritiva.

Caso surgisse uma lei restritiva deste direito social em particular, essa restrição teria obrigatoriamente de ser necessária, de estar justificada por um fim de interesse público conflituante e ser proporcional. Assim, o normal acesso a prestações sociais pode ser restringido a um determinado grupo em virtude da gestão racional dos recursos públicos, em tempos de escassez, contando que essa restrição não seja discriminatória para os não portugueses que residam legalmente em Portugal ou para os apátridas, podendo já contemplar aqueles que não tenham um vínculo estável com o Estado Português¹⁵⁷.

Esta margem de limitação não poderá conflitar com o princípio da dignidade da pessoa humana e, por isso, ressalvam-se as situações de emergência que envolvam a prestação de cuidados de saúde básicos a estes sujeitos.

Quanto à *generalidade*, cumpre esclarecer que esta remete para o conjunto de prestações que devem ser levadas a cabo pelo SNS e que devem cobrir aquilo que são as necessidades dos seus beneficiários. Consequentemente, o SNS não poderá retirar do seu leque de prestações aquelas que digam respeito a uma determinada doença em específico¹⁵⁸. A questão aqui, que será direccionada para o legislador ordinário, prende-se com o próprio conceito de saúde e doença, que não está (nem poderia, dada a rápida evolução científica e tecnológica nesta área) constitucionalmente consagrado.

Neste âmbito, há prestações de saúde infungíveis que não poderão ser retiradas do leque de atuação do SNS por conseguirem um resultado terapêutico que nenhuma outra consegue. Quanto a outros tratamentos cujo resultado seja alcançado por um método menos oneroso ou que careçam, pela sua novidade, de validação científica, podem ser retirados do âmbito objetivo do SNS por razões de contenção financeira.

No plano do concreto, existe uma violação do direito social à proteção da saúde se essas terapêuticas contidas no leque de atuação do SNS não forem prestadas em tempo útil ou com a qualidade devida.

¹⁵⁶ Vide MARIA JOÃO ESTORNINHO; TIAGO MACIEIRINHA, *op. cit.*, p.51.

¹⁵⁷ Neste sentido, MARIA JOÃO ESTORNINHO; TIAGO MACIEIRINHA, *op. cit.*, pp.51 e seguintes.

¹⁵⁸ Neste sentido, PEDRO PITA BARROS, *Pela Sua Saúde, op. cit.*, p.19.

Neste caso, “o Serviço Nacional de Saúde deve assegurar que o utente receba o cuidado necessário noutro serviço, privado ou social, de prestação de cuidados de saúde”¹⁵⁹.

Por fim, a lei fundamental estabelece a *tendencial gratuitidade* das prestações realizadas pelo SNS. Anteriormente à revisão constitucional de 1989, no texto constitucional referia somente “gratuidade”. Ainda que a formulação se tenha alterado, continua a entender-se que nada deve ser cobrado pelas prestações realizadas pelo SNS. Assim, por exemplo, entende-se que as taxas moderadoras não são contrapartida de qualquer prestação de cuidados de saúde, tendo como propósito somente limitar a utilização dessas prestações por parte dos utentes. A este respeito, o Tribunal Constitucional entende que dado o seu valor simbólico e as isenções associadas a situações de carência económica, entre outras, fazem com que esta figura não seja inconstitucional¹⁶⁰.

Quanto a este “núcleo duro” que aparece determinado constitucionalmente, entende-se que, apesar da lei fundamental ser omissa neste ponto (ao contrário do que acontece com os DLG, aos quais se aplica indubitavelmente o art.18.º) não poderá ser posto em causa por qualquer ação ou omissão do legislador ordinário. Se isso acontecer, há uma inconstitucionalidade por ação que pode ser detetada por um processo de fiscalização de constitucionalidade preventivo ou sucessivo, consoante o momento em que tiver lugar (anterior ou posteriormente à entrada em vigor da Lei que contenha disposições inconstitucionais)¹⁶¹. Pode haver casos de inconstitucionalidade por omissão (art.283.º CRP), quando o legislador ordinário não densifique suficientemente um regime e com isso ponha em causa o cerne deste direito social.

3. O PAPEL DOS FATORES QUE INFLUENCIAM AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Como vem resultando do exposto, as políticas de saúde e a forma como têm sido implementadas sofreram alterações substanciais em virtude do reconhecimento pela sociedade, em geral, e pelos decisores políticos, em particular, da importância de tomar em conta os fatores que atuam sobre os estados de saúde e doença. O aprofundamento sobre o papel destes Determinantes da Saúde ditou que a lógica de atuação se voltasse cada vez mais para a Prevenção da Doença, o que despoletou o aparecimento de políticas que permitiam englobar o maior número de determinantes.

¹⁵⁹ Vide MARIA JOÃO ESTORNINHO; TIAGO MACIEIRINHA, *op. cit.*, p.58.

¹⁶⁰ Neste sentido, surge o já anteriormente referido Acórdão n.º 731/95, do Tribunal Constitucional, em que se refere que esta taxa não dificulta o acesso a cuidados de saúde prestados pelo SNS nem constitui contraprestação do serviço prestado.

¹⁶¹ Neste sentido, ISA ANTÓNIO, *As parcerias público-privadas no sector da saúde: o advento do Estado mínimo...*, *op. cit.*, p.29.

De destacar que a distribuição destes determinantes não segue um padrão, sendo que pode divergir muito quando comparamos países desenvolvidos e países em desenvolvimento. Em todo o caso, há uma premissa que podemos dar como segura: estes têm maior expressão em grupos que, por algum motivo, são desfavorecidos social e economicamente¹⁶². Podemos a partir disto concluir que, de forma a proteger estes grupos, deverão ser implementadas estratégias que permitam uma redução das desigualdades sociais.

Nas palavras de ISABEL LOUREIRO e NATÉRCIA MIRANDA, os Determinantes da Saúde serão todos aqueles “fatores com influência na saúde individual e coletiva”¹⁶³. Será, portanto, um conjunto de condicionantes do estado de saúde dos indivíduos que pode compreender desde fatores genéticos e sociais a comportamentos individuais. Também a qualidade e eficiência dos serviços de saúde prestados entram na balança.

É recente a referência a estes determinantes, remontando à década de 60. Aliás, o destaque que lhes era dado era quase insignificante até ao Relatório Black¹⁶⁴¹⁶⁵, de 1980, que veio demonstrar que havia de facto relações objetivas entre determinados fatores e a necessidade de cuidados de saúde. Anos mais tarde, este debate passa a ter o estatuto de verdadeiro movimento social, com a criação de uma Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, em 2005, que publica o seu relatório final em 2008 e com a realização da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (doravante DSS) no Rio de Janeiro, em 2011¹⁶⁶.

A Comissão de DSS, criada pela OMS, visava sobretudo servir como agente catalisador da necessária mudança política que se avizinhava. Era preciso reformular o modo como era vista a saúde e até as próprias instituições ligadas a ela, incentivando para isso uma ação conjunta que tivesse como propósito a identificação dos determinantes sociais mais representativos em cada região, de forma a poder realizar-se uma ação mais assertiva e adequada a cada zona que permita tornar efetiva a consagração de um direito à saúde que se pretende universal¹⁶⁷.

¹⁶² Vide ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, Promover a saúde..., *op. cit.*, p.73.

¹⁶³ Vide ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, Promover a saúde..., *op. cit.*, p.71.

¹⁶⁴ Este relatório deve a sua designação a Douglas Black, que presidiu ao grupo de trabalho responsável pela sua elaboração. O que o relatório trouxe de inovador foi o facto de juntar diversas áreas, estabelecendo pontes e relações entre elas, como é o caso da administração pública e da saúde, de modo a fazer um estudo exaustivo e completo sobre as desigualdades em saúde, as suas causas e implicações. O relatório denunciava uma série de determinantes que originavam desigualdades em saúde, como a classe social e as condições de trabalho a que o indivíduo estava sujeito ou a facilidade com que este tinha acesso aos serviços de saúde. Terminava com algumas conclusões, recomendando que fosse dada maior atenção à saúde escolar e que fossem levadas a cabo modificações referentes à assistência à saúde, a qual, entende-se, deve ter um pendor mais social.

¹⁶⁵ Cfr. EVELIN SÁ, Book Reviews: Inequalities in health- the Black report. *In Revista de Saúde Pública*. Vol. 20, n.º 6, 1986, pp.492 e 493. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v20n6/12.pdf>. [Consul. 6 dez. 2019].

¹⁶⁶ Cfr. ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS; JORGE SIMÕES, 40 Anos de Abril..., *op. cit.*, p.93.

¹⁶⁷ Neste sentido, ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, Promover a saúde..., *op. cit.*, p.87.

Com a Conferência Mundial sobre DSS compreendeu-se o quão importante era apelar a uma ação sobre os Determinantes da Saúde que fosse transversal e que tivesse a colaboração de vários atores, desde decisores políticos, até pesquisadores e ativistas. Destarte, esta Conferência deu uma “importante contribuição para a criação dessa rede de colaboração”¹⁶⁸ necessária para a implementação de políticas públicas cujo foco de atuação fossem os DSS.

Como é óbvio, qualquer indivíduo irá necessitar, de forma mais ou menos regular, de cuidados de saúde ao longo da sua vida. Não obstante, denota-se que “poderão ver acrescido esse risco se não possuírem recursos materiais (económicos) e não materiais (psicológicos ou sociais) para lidar com os problemas”¹⁶⁹.

De entre as soluções que foram encontradas para que, de forma eficaz, se controlassem e combatessem os efeitos nocivos provocados por estes determinantes coloca-se em evidência desde logo a necessidade de reforçar políticas de Saúde Pública que têm um papel preponderante na Promoção da Saúde e Prevenção da Doença e que, por outra banda, ajudam a consciencializar a população para os perigos associados a determinadas práticas, contribuindo para a literacia em saúde. Por outro lado, tende-se a valorizar uma intervenção mais comunitária, ao invés de atuações verticais, e o *empowerment* dos sujeitos prova ser talvez a forma mais eficaz de promover a saúde e, até, de reduzir as despesas com esta, servindo como importante “instrumento de diagnóstico comunitário dos problemas de saúde”¹⁷⁰.

A Carta de Ottawa, bem como a Declaração de Alma-Ata, foram instrumentos internacionais que neste ponto revelam ter grande valor.

Quanto à Carta, o seu contributo passa por abordar a Promoção da Saúde como sendo um elemento fulcral e que chama à colação vários setores e agentes. Tem-se assim uma perspetiva muito transversal e abrangente daquelas que devem ser as políticas adotadas, assumindo a importância que a legislação representa, mas sem esquecer campos como o tributário e o organizacional¹⁷¹. Ou seja, o Direito torna-se valioso na medida em que é necessária uma regulação que tome em conta esta intersectorialidade. Contudo, terá de haver também uma sensibilização comunitária e uma participação ativa da população nos processos de decisão.

¹⁶⁸ Vide ALBERTO FILHO, Conferência Mundial Sobre Determinantes Sociais da Saúde. In *Cadernos de Saúde Pública*, Vol.27, n.º 11, 2011, pp.2080, 2081. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n11/01.pdf>. [Consul. 6 dez. 2019].

¹⁶⁹ Vide ISABEL LÓUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, Promover a saúde..., *op. cit.*, p.80.

¹⁷⁰ Vide *ibid.*, p.94.

¹⁷¹ Cfr. *ibid.*, p.95.

No que diz respeito à Declaração de Alma-Ata, esta nasce sob a égide da OMS e da UNICEF e tem como principal foco os cuidados de saúde primários. Assume estes como principais instrumentos de combate às desigualdades no acesso à saúde, tendo sido amplamente criticada por esquecer aquele que era o seu propósito original. A Declaração de Alma-Ata apelava sobretudo a ações que levavam a um melhoramento das estatísticas de saúde sem que, no entanto, desse o devido destaque à necessária atuação transversal e equidade social, ou seja, deixou de lado setores que poderiam revelar-se extremamente úteis na promoção de novas políticas públicas de saúde, como o ambiente¹⁷².

Dentro da União Europeia, esta preocupação ficou bem demarcada no Tratado de Amsterdão que vem, no seu art.152.º, cuja epígrafe é “Saúde Pública”, apelar para o fomento da “investigação sobre as respectivas causas, formas de transmissão e prevenção, bem como a informação e a educação sanitária”¹⁷³. Através da interpretação deste artigo denota-se que há de facto uma tendência crescente de valorização da intersectorialidade na atuação em saúde.

Esta afirmação surge ainda reforçada pela Resolução 2000/C 218/03, do Conselho¹⁷⁴, em que se assume logo no considerando 5 que a “futura estratégia de saúde da Comunidade Europeia deverá ter por objectivo, no âmbito dos poderes previstos no Tratado, a abordagem de factores que actuam como Determinantes da Saúde”. Para além disso vem assinalar, no considerando 11, que espera, através das suas políticas “operar uma inversão significativa e benéfica do modo como alguns dos principais Determinantes da Saúde influenciam a saúde das populações”. Convida ainda a Comissão (considerando 17) a “assegurar um elevado nível de protecção da saúde na definição e na implementação de todas as políticas e actividades comunitárias”. Foi esta resolução que esteve depois na base dos programas europeus de Saúde Pública 2003-2008 e 2008-2013.

De seguida proceder-se-á ao estudo mais pormenorizado de alguns dos mais relevantes Determinantes Sociais da Saúde, procurando sempre durante a sua análise estabelecer pontos de ligação com as políticas de saúde e modos de atenuar os efeitos nefastos que possam ter.

¹⁷² Cfr. ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, Promover a saúde..., *op. cit.*, p.96.

¹⁷³ Resolução da Assembleia da República n.º 7/99, que aprovou, para ratificação o Tratado de Amsterdão. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/158380/details/maximized>. [Consult. 7 dez. 2019].

¹⁷⁴ Resolução do Conselho, de 29 de junho de 2000 (2000/C 218/03), sobre a ação em matéria de Determinantes da Saúde. Disponível em [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32000Y0731\(03\)&qid=1575736513405&from=PT](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32000Y0731(03)&qid=1575736513405&from=PT). [Consult. 7 dez. 2019].

3.1. EDUCAÇÃO E LITERACIA EM SAÚDE

São imensas as ligações que se podem estabelecer entre a educação, literacia e saúde¹⁷⁵. Aliás, a educação e a literacia surgem quase sempre associadas. Organizações internacionais como a UNICEF e a OMS já alertaram para a importância que a educação e a literacia têm no desenvolvimento e nas escolhas de cada indivíduo, nomeadamente no que respeita à saúde. De maneira geral, um maior nível de escolaridade permite que os sujeitos alcancem mais facilmente informações válidas e saibam compreendê-las, bem como contribui para um melhoramento geral as condições de vida, acesso a bens materiais e, neste âmbito, acesso a cuidados de saúde¹⁷⁶.

Quando se tenta construir um modelo que permita explicar a relação entre a educação e a saúde somos levados a concluir que esta ligação não é simples, pelo contrário, estabelece-se em várias frentes. Por um lado, um nível de escolaridade mais elevado leva, normalmente, a uma situação que é materialmente mais confortável, o que por sua vez faz com que os níveis de stress melhorem tendencialmente e que haja adoção de comportamentos mais saudáveis. Por outro, aquele que possui mais conhecimentos tem mais probabilidade de adotar um papel ativo na sociedade, envolvendo-se nos processos de decisão e interessando-se por estas temáticas¹⁷⁷.

Este envolvimento nas questões sociais é cada vez mais valorizado e correspondeu também a uma alteração no modo de pensar a educação para a saúde. Hoje, mais do que o simples fornecimento de informação, pretende-se que os sujeitos sejam dotados de mecanismos que lhes permitam participar no debate social e fazer escolhas mais informadas, ou seja, numa perspetiva de *empowerment*¹⁷⁸.

Deste modo, a sociedade passa a ter um pensamento mais crítico e a questionar e identificar os principais problemas concernentes aos Sistemas de Saúde e às suas desigualdades.

Em Portugal, falta percorrer um longo caminho. O ambiente mais propício para a educação em saúde é, à partida, a escola, sendo que quanto mais cedo estes conceitos relacionados com a saúde e seus determinantes sociais forem introduzidos, mais fácil será a sua interiorização. Daí que fosse importante introduzir este ponto como matéria curricular obrigatória, o que aconteceu somente em 2005¹⁷⁹,

¹⁷⁵ A este respeito, PEDRO PITA BARROS refere que a educação “é vista como um fator que aumenta a eficiência com que um indivíduo produz investimentos em saúde e o bem de consumo puro”. Cfr PEDRO PITA BARROS, *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*. 4ª edição. Coimbra: Almedina, 2019, p.71. Deste modo, aqueles que têm níveis mais altos de educação procuram mais frequentemente cuidados de saúde, bem como têm mais facilidade em perceber os benefícios. De um modo ou de outro, verifica-se um aumento da procura de serviços de saúde.

¹⁷⁶ Neste sentido, ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, *Promover a saúde...*, *op. cit.*, p.176.

¹⁷⁷ Cfr. *ibid.*, p.175.

¹⁷⁸ Cfr. *ibid.*, p.180.

¹⁷⁹ Com o Despacho n.º 25.995/2005, de 16 de dezembro, passou a ser obrigatório para todas as escolas que elas incluíssem a área de educação para a saúde no seu programa curricular. Posteriormente, com a Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto, regulamentada pela Portaria n.º 196-A/2010, de 9 de abril, torna-se necessário que cada agrupamento de escolas tenha uma equipa de educação para a saúde e educação sexual.

admitindo-se que muitas vezes este papel não é fácil para os professores que se sentem pouco preparados para abordar com mais profundidade estes assuntos e que têm já um programa escolar que, pela sua extensão, muito exige deles.

Em todo o caso, Portugal está inserido na iniciativa Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (doravante REEPS), uma iniciativa do Gabinete Regional para a Europa da Organização Mundial de Saúde que tem como principais atores os Centros de Saúde e as escolas dos países envolvidos. Esta iniciativa visava demonstrar qual o impacto que a abordagem escolar de temas relacionados com a saúde tem nos jovens, procurando-se que estes, através dos seus comportamentos, fossem os principais promotores de saúde. Portugal junta-se a este projeto em 1994, dois anos depois de ele ter sido aberto para candidaturas¹⁸⁰.

Este projeto assentava essencialmente em duas premissas. Primeiro, para que fosse implementado de forma eficaz era necessário que houvesse uma atuação conjunta dos Centros de Saúde e das escolas. Em segundo lugar, após a implementação pretendia-se uma abordagem integrada de temas relacionados com a saúde, de modo a permitir uma visão mais geral sobre as principais questões.

De forma a apoiar os Centros de Saúde e as escolas foi criado o Centro de Apoio Nacional, que contava com elementos do Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Direção Geral de Saúde. Tendo sido ultrapassada a primeira fase, de experiência, procedeu-se mais tarde ao alargamento da rede, chegando-se à Rede Nacional de Escolas Promotoras da Saúde (doravante RNEPS)¹⁸¹. Tendo em vista a definição dos limites de atuação e responsabilização de cada um dos membros do Centro de Apoio Nacional, foi elaborado o Despacho-Conjunto n.º 271/98.

Só no ano a seguir surge a Comissão de Coordenação da Promoção e Educação para a Saúde¹⁸², onde se assume que os conteúdos programáticos relacionados com a saúde integram o processo educativo e devem ser reforçados permanentemente. Em 2000, com o Despacho-Conjunto n.º 734/2000, reforça-se a parceria já existente que formava a elo chave desta estratégia, a atuação complementar entre escolas e Centros de Saúde.

Ainda assim, subsistem algumas das dificuldades. Não podemos ignorar as queixas no que toca à falta de recursos que permitam que a coordenação entre os atores envolvidos se faça em termos tais que daí possam advir resultados significativos. Quando se trata de recursos, englobamos não só os

¹⁸⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE, Saúde escolar - Programas e projectos: Escolas promotoras de saúde. Lisboa: Masterlink. Disponível em: <https://www.dgs.pt/promocao-da-saude/saude-escolar/programas-e-projectos/escolas-promotoras-de-saude.aspx>. [Consult. 8 dez. 2019].

¹⁸¹ *Ibid.* [Consult. 8 dez. 2019].

¹⁸² Criada pelo despacho n.º 15 587/99.

recursos financeiros, mas também o tempo. Sendo o programa escolar já tão extenso, urge perceber onde pode um professor, que em grande parte dos casos não teve qualquer formação naquele sentido, encaixar estes conteúdos. No fundo, o cerne do problema prende-se com a própria organização do sistema escolar, que não está preparada convenientemente para tratar temas que exijam uma parceria íntima entre profissionais da saúde e da educação¹⁸³.

Intimamente relacionada com a educação em saúde está a literacia. Embora estes conceitos não se confundam, normalmente um surge associado ao outro. Quando aplicamos o conceito de literacia na saúde, vemos que esta se reporta à “capacidade de aplicar as competências adquiridas às situações de saúde ao longo da vida”¹⁸⁴.

Segundo resulta da definição estabelecida pela OMS, em 1998, a literacia em saúde “represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health”¹⁸⁵.

Ou seja, a literacia em saúde torna-se essencial em várias vertentes. Por um lado, permite que o indivíduo tome decisões fundamentadas, já que entende as informações que lhe são transmitidas e é capaz de avaliar qual das opções que tem ao seu dispor lhe convém. Assim sendo, é mais provável que a uma população com elevados graus de literacia esteja associado um “melhor estado de saúde, a redução dos custos de cuidados de saúde, o aumento do conhecimento em saúde e o uso menos frequente de serviços de saúde”¹⁸⁶.

Por outro, é importante como condição para que os indivíduos possam olhar para o funcionamento do Sistema de Saúde e das suas instituições de uma forma crítica, ou seja, é “uma estratégia de *empowerment* para aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades”¹⁸⁷, tanto no seu dia a dia como em contexto comunitário, de intervenção social e política.

Daí que seja importante promover graus de literacia cada vez mais elevados, cabendo esta tarefa principalmente aos profissionais de saúde, uma vez que são eles que detêm o conhecimento necessário e podem transmiti-lo de uma forma mais adequada. Para além disso, o doente é, cada vez mais, visto

¹⁸³ Neste sentido, ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, Promover a saúde..., op. cit., p.184.

¹⁸⁴ Vide, *ibid.*, p.199.

¹⁸⁵ OMS, Health Promotion Glossary. Genebra: World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>. [Consult. 9 dez. 2019].

¹⁸⁶ Vide MARIA DA LUZ ANTUNES, A literacia em saúde: Investimento na Promoção da Saúde e na racionalização de custos. As bibliotecas da saúde, que futuro? In *Actas das XI Jornadas APDIS*. Lisboa: APDIS; 2014, p.124.

¹⁸⁷ Vide ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, Promover a saúde..., op. cit., p.200.

como um importante centro decisório no que toca à sua saúde e aos tratamentos a que quer ser sujeito. Ora, com um maior grau de literacia “patients and clinicians are better able to communicate with one another and engage in care decisions”¹⁸⁸.

De todo o modo, é importante não esquecer que a literacia, para além dos impactos que tem na saúde individual, acarreta também um peso económico considerável. Baixos graus de literacia estão associados a mais gastos em saúde porque se utilizam mais esses serviços, muitas vezes de modo indevido, e também pela incapacidade de entender determinados tratamentos.

Uma das manifestações mais significativas desta literacia é precisamente, como já foi aliás referido, o *empowerment*. Pela importância que este fator tem como determinante de saúde, relega-se um estudo mais aprofundado para momento posterior.

Todavia, será importante adiantar no que consiste essencialmente este *empowerment* e de que forma se relaciona com a literacia.

Assumindo que o *empowerment* visa precisamente que o sujeito tome ações que tenham uma projeção comunitária, isto pressupõe que o agente conheça minimamente a realidade sobre a qual está a atuar, o que só será possível se detiver a informação necessária para tal e se a avaliar criticamente, e que tenha motivação e confiança para agir¹⁸⁹. Consequentemente, isto exige que o indivíduo compreenda exatamente o que lhe é transmitido.

Assim, a literacia é condição essencial para o *empowerment* ao mesmo tempo que este é uma das dimensões mais relevantes da primeira.

3.2. EMPOWERMENT EM SAÚDE

O termo *empowerment*, pode ter vários significados, dependendo do contexto em que está inserido. Para este estudo, interessa abordá-lo de uma perspectiva de comunidade, onde ganhará sobretudo relevo enquanto fator de coesão.

Neste contexto, pode ter duas dimensões. Na sua dimensão horizontal, diz respeito às ligações estabelecidas entre os membros da comunidade, ou seja, à rede de confiança que os indivíduos

¹⁸⁸ Vide ELSEVIER, Navigating Health Literacy Challenges: Tailoring patient education to improve health outcomes. Amsterdão: Elsevier. Disponível em: https://www.elsevier.com/_data/assets/pdf_file/0007/892942/Elsevier_Patient-Experience-eBook_Final.pdf. [Consult. 20 abr. 2020].

¹⁸⁹ Neste sentido, ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, Promover a saúde..., *op. cit.*, p.218.

estabelecem entre si. Na dimensão vertical, recai sobre a relação dessa comunidade com o poder, atuando sobretudo como fator de proteção contra políticas abusivas. Assim, a comunidade poderá organizar-se e defender novas estratégias, desafiando o sistema vigente¹⁹⁰.

Olhando para o *empowerment* enquanto valor, ele está intrinsecamente ligado à justiça social e à redução das desigualdades sociais, impondo uma abordagem mais próxima à comunidade e salientando a dimensão colaborativa que esta desempenha – ou deve desempenhar – na tomada de decisões.

De facto, tem-se demonstrado que o envolvimento e a participação do público nos processos de tomada de decisão e implementação de políticas pode ter efeitos muito positivos. Aliás, “public involvement must be a staged process starting at the very earliest opportunity, for example when plans for change are being considered rather than after they have been finalised”¹⁹¹.

Esta componente de participação não pode ser ignorada, contudo vários estudos apontam no sentido de esta não garantir que o público sente que contribui de facto para a implementação de políticas e definição de estratégias. Devemos separar estes dois momentos. Ainda que faça todo o sentido chamar aqueles que utilizam os cuidados de saúde para participarem em decisões, através de consultas públicas ou inquéritos, que os irão afetar diretamente, os indivíduos sentem que, mesmo tendo oportunidade para expressar o seu ponto de vista, este não é levado em conta na decisão final¹⁹². Consequentemente, “consultations can be seen by the public as “a front for persuading communities to accept decisions which have already been made – and which were probably motivated by a desire for cost reductions””¹⁹³. Desta forma, é relevante que as decisões políticas reflitam aquelas que foram as preocupações que a comunidade evidenciou.

No que à saúde diz respeito, um exemplo bastante ilustrativo é o People’s Health Movement. Esta rede global é formada por ativistas, instituições e indivíduos da sociedade civil que procuram identificar os Determinantes Sociais da Saúde relevantes e, através de programas concretos, dar-lhes resposta¹⁹⁴. Este é um exemplo de como uma comunidade organizada consegue gerar resultados na realidade sobre a qual atua.

¹⁹⁰ Cfr. ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, Promover a Saúde..., *op. cit.*, p.251.

¹⁹¹ Vide NEHLA DJELLOULI; et al., Involving the public in decision-making..., *op. cit.*, p. 642.

¹⁹² Vide NEHLA DJELLOULI; et al., Involving the public in decision-making..., *op. cit.*, p. 642.

¹⁹³ Cit. por NEHLA DJELLOULI; et al., Involving the public in decision-making..., *op. cit.*, p.642.

¹⁹⁴ Neste sentido, ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, Promover a saúde..., *op. cit.*, p.254.

Ligada à noção de *empowerment* surge a atuação dos municípios, que se encontram numa posição privilegiada no que toca à possibilidade de desenvolver estratégias específicas para a comunidade junto da qual atuam.

Este papel privilegiado aparece consagrado desde logo pela Lei-Quadro da Transferência de Competências para as Autarquias Locais e para as Entidades Intermunicipais¹⁹⁵. Esta Lei aprofunda determinados princípios administrativos essenciais, como são o princípio da subsidiariedade, da autonomia do poder local e da descentralização administrativa – como o art.º 1 deixa transparecer – através do reconhecimento de que, pela proximidade que têm com a população e pelo funcionamento em rede, estas entidades têm potencial para concretizar mais eficazmente determinados objetivos.

No contexto específico da saúde, aos órgãos municipais cabe “participar no planeamento, na gestão e na realização de investimentos relativos a novas unidades de prestação de cuidados de saúde primários”, conforme resulta do n.º 1 do art.13.º. Já no n.º 2 vêm elencadas algumas competências a nível de gestão de equipamentos, trabalhadores e serviços, bem como a participação “nos programas de Promoção da Saúde pública, comunitária e vida saudável e de envelhecimento ativo”.

Também o art.º 33 versa sobre a saúde, mas desta vez estabelece as competências dos órgãos das entidades intermunicipais. A norma demanda que estas devam participar na rede de unidades de cuidados primários e continuados mencionando ainda que estes órgãos poderão emitir pareceres nesta matéria e ainda “designar um representante nos órgãos de gestão das unidades locais de saúde” e “presidir ao conselho consultivo das unidades de saúde do Setor Público Administrativo ou entidades públicas empresariais”.

Ainda nesta dimensão, torna-se mais simples chamar os agentes a pronunciarem-se para que se possa responder de modo eficaz às suas necessidades. Para que isto possa acontecer, é crucial:

“investir na alavancagem dos recursos a nível local, quer promovendo a descoberta de novas formas de fazer as coisas, através da criatividade e da auto-organização, quer pelo reconhecimento das potencialidades dos indivíduos, dos grupos e das organizações”¹⁹⁶.

¹⁹⁵ Lei n.º50/2018, de 16 de agosto.

¹⁹⁶ Vide ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA; JOSÉ MIGUEL, Promoção da Saúde e desenvolvimento local em Portugal..., *op. cit.*, p.25.

Deste modo, uma das formas de aprimorar a decisão no campo da saúde passaria pela exploração das possibilidades de um aumento de responsabilização das autarquias neste domínio, já que se assume cada vez mais a sua posição privilegiada para diagnosticar os problemas daquela comunidade, consultando-a, agindo depois sobre eles¹⁹⁷.

Olhando para aquelas que são as linhas de orientação das organizações internacionais quanto a esta temática, chegamos à conclusão de que o papel desempenhado pelas autoridades locais é unanimemente realçado e valorizado. No seu *European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services*¹⁹⁸, a OMS admite que a importância:

“of community resilience, the quality of social networks, and strengthened participation in decision-making for health and well-being is increasingly recognized. Effective local delivery to overcome challenging health inequalities requires local participatory decisionmaking and the involvement of civil society in policy-making”¹⁹⁹.

Se, por outro lado, nos debruçarmos agora sobre capacitação, um conceito que é muito semelhante ao *empowerment*, ainda que não se confundam, conseguimos perceber a importância destes fatores em toda a sua extensão. A capacitação terá, utilizando o entendimento mais amplo da OCDE, uma vertente mais técnica, que se prende com a formação dos indivíduos para que eles possam desempenhar de modo mais eficaz as suas tarefas, e também uma vertente que concerne com a qualidade das interações entre o poder político, instituições e comunidade²⁰⁰.

Aplicando isto aos atuais Sistemas de Saúde, é essencial que se identifiquem os problemas e as suas causas. Após este primeiro momento, deve procurar perceber-se o modo como podem esses constrangimentos ser resolvidos e que capacidades é que serão necessárias para lhes fazer frente. Pode acontecer que se chegue à conclusão que a atual abordagem não funciona e que o sistema precisa de mudanças ou reformas. Neste último caso, torna-se imperativo dotar aqueles que integram o sistema de

¹⁹⁷ Neste sentido, urge incentivar projetos como o Projeto de Capacitação em Promoção da Saúde, a que já se aludiu no presente estudo, em que se procurava perceber qual o ponto de situação em cada município, no que respeitava à Promoção da Saúde e Prevenção da Doença, e identificar as necessidades de capacitação de cada um deles.

¹⁹⁸ Este documento decorre da resolução EUR/RC61/R2, elaborada pelo Comité Regional da OMS para a Europa, que teve como base vários relatórios onde constavam aquelas que eram as principais falhas e desafios dos vários Sistemas de Saúde e onde se apontavam possíveis caminhos para suprir essas adversidades.

¹⁹⁹ OMS COMITÉ REGIONAL PARA A EUROPA, *European Action Plan...*, *op. cit.* [Consult. 12 dez. 2019].

²⁰⁰ OECD, *Shaping the 21st Century: The Contribution of Development Co-operation*. Paris: Development Assistance Committee. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/da2d4165-en.pdf?expires=1608734965&id=id&accname=guest&checksum=D812B175EAEFB4E0D782662310BD38F7>. [Consult. 17 abr. 2020].

novas funções, investindo em formação técnica, mas também explorar novas ligações entre os agentes desse sistema²⁰¹.

Por tudo o que foi exposto, resta concluir que esta capacitação de pessoas e instituições contribui para o desenvolvimento da comunidade como um todo e, por esse motivo, será primordial continuar a investir em métodos onde se denote esta visão da comunidade como agente colaborante na tomada de decisões²⁰².

3.3.EVOLUÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA

É hoje inegável o impacto que a evolução científica e tecnológica tem ao nível da saúde. Se por um lado a evolução dos conhecimentos, técnicas e equipamentos trazem melhores resultados e contribuíram para a prestação de tratamentos mais eficazes e redução da taxa de mortalidade, por outro, a facilidade no acesso a novos conhecimentos fez com que os níveis de literacia em saúde aumentassem.

Para além disso, aumentou-se a proximidade entre o doente e os prestadores de cuidados de saúde através de plataformas, aplicações e linhas de contacto, como é o caso, entre nós, do SNS24²⁰³. O resultado foi um aumento de autonomia bastante favorável, a par de uma maior facilidade no diagnóstico²⁰⁴.

Se nos debruçarmos especificamente sobre o caso português, constatamos que estes avanços se fizeram sentir com especial ênfase logo após o término da ditadura. Com a passagem para um Estado democrático, a população portuguesa teve acesso a conhecimentos que antes lhe eram vedados, assim como a fontes de informação, como a televisão²⁰⁵, que passaram a ser parte integrante do seu quotidiano²⁰⁶.

Numa perspetiva de *empowerment*, o papel que a internet e as redes sociais desempenharam não pode ser esquecido. A troca de informações que estas possibilitaram, para além do surgimento de sites

²⁰¹ Cfr. ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, Promover a saúde..., *op. cit.*, p.263.

²⁰² Neste sentido, KATHY GERMANN; DOUG WILSON, Organizational capacity for community development in regional health authorities: a conceptual model. *In Health Promotion International*. Vol.19, n.º 3, 2004, p.293. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapro/article/19/3/277/662464>. [Consult. 14 dez. 2019].

²⁰³ O SNS24 ganhou especial importância em contexto pandémico, prestando serviços de triagem clínica telefónica e aconselhando os sujeitos que a ele recorressem. No cerne da sua criação está a tentativa de criar uma linha que prestasse um conjunto de serviços de índole clínica – através de profissionais de saúde - e não clínica - através de administrativos. De entre esses, destacamos o aconselhamento de doentes e profissionais de saúde, a triagem e reencaminhamento de doenças, a prestação de informações clínicas, a marcação de consultas ou o pedido de isenção do pagamento de taxas moderadoras. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/o-que-e-o-sns24/>. [Consult. 1 fev. 2021].

²⁰⁴ Vide ISA ANTÓNIO, O impacto da tecnologia no setor da saúde..., *op. cit.*, p.140.

²⁰⁵ Se por um lado esta tecnologia de informação trouxe uma nova abordagem aos assuntos médicos e contribuiu para a difusão de conhecimento, também foi um veículo para que, através de anúncios publicitários, se promovessem hábitos e produtos menos saudáveis, que a população incorporava acriticamente.

²⁰⁶ Cfr. ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS; JORGE SIMÕES, 40 Anos de Abril..., *op. cit.*, p.105.

com temáticas específicas de saúde, propiciou a comunicação e troca de experiências entre indivíduos com os mesmos interesses. Isto permitiu que se criassem redes e organizações em que os sujeitos, por exemplo, doentes que padecem das mesmas enfermidades, fossem capazes de, através da partilha de conhecimentos e atuação conjunta, ter um impacto visível na área da saúde²⁰⁷.

Contudo, o contributo da tecnologia foi ainda mais longe. O fácil acesso à informação culminou também na alteração da anterior situação, em que o monopólio da informação clínica se concentrava no corpo médico. Os pacientes são vistos como consumidores de determinados bens e serviços que podem obter de diferentes formas, como a telemedicina. Nas palavras de TAMARA K. HERVEY e JEAN V. MCHALE, ““e-health” allows patients to go further than on-line searches in electronic journals and n databases, to access personalised health information directly from a physician”²⁰⁸.

Já do lado daqueles que prestam esses cuidados de saúde, a evolução do conhecimento do funcionamento do organismo humano e de novas técnicas de tratamento e diagnóstico operaram uma verdadeira revolução nas práticas médicas, visto que permitem que os casos de erro médico diminuam e também que a resposta à doença seja dada de forma mais rápida e eficaz.

A própria *legis artis*²⁰⁹, que orienta a boa prática médica, sofreu alterações profundíssimas em virtude destas mudanças. Aliás, muitas vezes os avanços são tão rápidos que não são perceptíveis nem pelos próprios profissionais de saúde. Isto coloca grandes desafios também a nível jurídico, já que se exige que o Direito vá regulando estas novas práticas. Ora, a criação de legislação exige todo um processo de discussão e ponderação que pode, o que não raras vezes acontece, não acompanhar estes fenómenos com a velocidade que seria desejável. Isto é problemático visto que a Lei deve procurar ser cada vez mais proativa, colocando ênfase na prevenção e promoção, o que exige a antecipação de situações ao invés da simples reação a estas²¹⁰.

Este tópico tende a causar polémica na sociedade, até porque as *leges artis* médicas, a par da sua vertente profissional, têm um carregado cariz ético, tendo de se adequar aos valores éticos dessa sociedade, o que deve também estar vertido nas normas que guiam a conduta médica²¹¹. De facto, quando olhamos para o desenvolvimento tecnológico constatamos que, a par das vantagens trazidas a

²⁰⁷ Cfr. ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS; JORGE SIMÕES, 40 Anos de Abril..., *op. cit.*, p.106.

²⁰⁸ Vide TAMARA K. HERVEY; JEAN V. MCHALE, *Health Law and...*, *op. cit.*, p.18.

²⁰⁹ As *legis artis* podem ser definidas como um conjunto de regras científicas, técnicas e princípios que variam consoante o estado da ciência e do conhecimento e também a própria condição do doente. O médico, na sua prática profissional, deve reger-se por esse bloco, que funciona como critério valorativo. Cfr Acórdão de 16/12/2015, do Tribunal da Relação de Lisboa (Processo n.º 1490/09.TAPTM.L1-3).

²¹⁰ Esta capacidade de atuar preventivamente ganha mais importância em momentos de constrangimento económico, já que se assume que os custos de Prevenção da Doença são menores do que aqueles associados ao tratamento da enfermidade quando ela surge. Vide TAMARA K. HERVEY; JEAN V. MCHALE, *Health Law and...*, *op. cit.*, p. 21.

²¹¹ Neste sentido, RUI NUNES, “I Congresso de Direito da Saúde”, Escola de Direito da Universidade do Minho, dezembro de 2019.

nível da qualidade e diversidade dos cuidados prestados, fazem nascer problemas éticos que só podem ser ultrapassados através da elaboração de normas disciplinadoras de determinadas práticas²¹².

O redimensionamento das *legis artis* traz, obrigatoriamente, alterações ao nível do erro médico, já que é em virtude da primeira que o segundo é apreciado²¹³. Se há melhoramento em tratamentos e equipamentos médicos, então é de esperar que esse avanço se traduza numa maior facilidade na execução de tarefas. Assim, nas palavras de ISA ANTÓNIO, com o “avançar da tecnologia e com a implementação de métodos científicos de diagnóstico e de tratamento mais exatos, a *obrigação de resultado* tenderá a substituir a mera *obrigação de meios*”²¹⁴, sendo, esta, aliás uma tendência que já iniciou o seu curso”²¹⁵. Claro está que esta substituição terá de passar sobretudo pelos tribunais, já que a eles que cabe a apreciação de condutas médicas danosas para os pacientes.

Esta evolução na tecnociência trouxe “a introdução da informática e o aparecimento de aparelhos modernos e sofisticados, trazendo benefícios e rapidez no diagnóstico e tratamento das doenças”²¹⁶.

Todavia, à medida que estes avanços vão ocorrendo também novos desafios se colocam. Por exemplo, olhando para o caso específico dos novos medicamentos²¹⁷, a sua eficácia configura, sem qualquer dúvida, uma vantagem inegável. Por outro lado, observamos hoje um fenómeno de *medicamentalização*, principalmente nas áreas da saúde mental, que coloca em segundo plano terapias que poderiam surtir os mesmos efeitos sem perigo de efeitos colaterais.

O uso exacerbado de antibióticos ou os problemas éticos em torno de práticas associadas ao aperfeiçoamento ou prolongamento da vida humana são também temas recorrentes a que a comunidade deve estar atenta.

Quanto a esta última problemática, ANA FLÁVIA MESSA e CLODOMIRO JOSÉ JÚNIOR levantam a questão de saber se, por exemplo, a intervenção técnica no genoma humano corresponde a uma perda ou a um ganho de liberdade. O facto de podermos controlar as características de um determinado

²¹² Cfr. TAMARA K. HERVEY; JEAN V. MCHALE, *Health Law and...*, *op. cit.*, p. 19.

²¹³ No fundo, o erro médico não é mais que um desvio às práticas demandadas pela *legis artis* naquele momento do qual derivem danos para o doente. Por sua banda, o fator que dita essas práticas são os avanços tecnológicos e científicos que vigoram naquele momento. Importante será não descurar a componente da imprudência ou negligência, já que condutas médicas que causem danos a doentes e que resultem de eventos imprevisíveis que fogem ao controlo do médico não estão abrangidos por esta figura. Cfr. ISA ANTÓNIO, *O impacto da tecnologia no setor da saúde...*, *op. cit.*, p.147.

²¹⁴ A diferença a nível da qualificação não é meramente teórica, tendo decorréncias práticas de suma importância no que toca ao ónus da prova. Quando a obrigação é de meios este recai sobre o doente que sofreu os danos, enquanto que se a obrigação é de resultados recai sobre o médico, ou seja, é o médico que tem de afastar a presunção de culpa, como demanda o n.º 1 do art.799.º do Código Civil.

²¹⁵ Vide ISA ANTÓNIO, *O impacto da tecnologia no setor da saúde...*, *op. cit.*, p.146.

²¹⁶ Vide JORGE LORENZETTI, et al., *Tecnologia, evolução tecnológica e saúde: uma reflexão necessária*. In *Texto e Contexto Enfermagem*. Vol. 21, n.º 2, 2012, p. 437. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200023. [Consult. 17 dez. 2019].

²¹⁷ Nesta área, é de destacar o investimento português em medicamentos que permitem combater doenças como o cancro, doenças crónicas, raras ou infecciosas, a par com medicação inovadora para o VIH/SIDA. Cfr. ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS; JORGE SIMÕES, *40 Anos de Abril...*, *op. cit.*, p.310.

indivíduo através da manipulação dos seus genes pode parecer-nos um ganho de liberdade, quando na verdade se traduz em mais um campo que terá de ser regulado normativamente²¹⁸.

Quanto à inovação em saúde, cumpre estabelecer desde logo que, dados os problemas de financiamento associados ao SNS, a este caberá avaliar, de entre os vários avanços técnicos e científicos, aqueles que “têm realmente valor terapêutico e quanto se justifica pagar pela sua adopção”²¹⁹, evitando assim agravamentos desnecessários na despesa pública²²⁰.

De facto, apesar de o envelhecimento populacional ser apontado não raras vezes como um dos fatores principais de aumento da despesa em saúde em Portugal, a inovação ocupa uma parcela muito maior. Quanto ao envelhecimento, é necessário esclarecer que o aumento da esperança média de vida não implica um “real aumento de despesas em saúde devido ao envelhecimento, mas uma mera transferência de despesas em saúde que ocorriam mais cedo, para um momento mais tardio na vida do doente”²²¹. Por sua vez, a inovação implica investigação, adaptação e construção de novas estruturas hospitalares e aquisição de novos equipamentos, o que se traduz em investimentos bastante dispendiosos²²².

Outra reflexão pertinente, ainda que em Portugal²²³, pela sua dimensão, esta não se coloque, prende-se com o facto de poder haver um desincentivo a essa própria investigação e inovação por via deste controlo mais apertado. Os operadores poderão ponderar sobre o que é para si mais vantajoso, investir numa determinada inovação que acarreta custos elevados e ser um pioneiro, ou simplesmente esperar que um outro a desenvolva, evitando o investimento inicial, e introduzir-lhe depois pequenas alterações, patenteando de seguida o equipamento ou produto em questão²²⁴. A principal perda que este fenómeno acarreta dar-se-á ao nível do combate à doença. Ou seja, Estados de grandes dimensões e influência, podem fazer uma análise mais apertada de custo e benefício dessa inovação e, com isso, abrandar o próprio ritmo a que esta acontece.

²¹⁸ CLODOMIRO JÚNIOR; ANA MESSA, Biotecnologia e implicações morais: o futuro da natureza humana. *In E.Tec Yearbook- Health Law and Technology*, pp.104 e 105.

²¹⁹ Vide PEDRO PITA BARROS, Pela sua..., *op.cit.*, p.37.

²²⁰ Isto requer a intervenção de entidades especializadas, como é o caso do Infarmed no que toca aos medicamentos. Aliás, PEDRO PITA BARROS adianta até que uma extrapolação dessa experiência para outros ramos apresentaria grandes benefícios. Cfr. PEDRO PITA BARROS, Pela sua..., *op. cit.*, p.37.

²²¹ Vide ISA ANTÓNIO, O impacto da tecnologia no setor da saúde..., *op.cit.*, p.139.

²²² Cfr. ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS; JORGE SIMÕES, 40 Anos de Abril..., *op. cit.*, p.274.

²²³ A este respeito, PEDRO PITA BARROS faz notar que as empresas nacionais deverão ser incentivadas a investigar. Todavia, os fundos associados a essa inovação devem ser concedidos através de “mecanismos próprios e não por distorção do funcionamento do Sistema de Saúde”. O mesmo equivale a dizer que o custo para o Estado é menor quando se apoiam diretamente essas atividades do que quando se opta por cobrar preços mais elevados na prestação de cuidados de saúde para suprir os custos da investigação. Cfr. PEDRO PITA BARROS, Pela sua..., *op. cit.*, pp.61 e 62.

²²⁴ Cfr ISA ANTÓNIO, O impacto da tecnologia no setor da saúde..., *op. cit.*, pp.153 e 154.

Em linha com o que foi dito, e admitindo que em boa parte dos casos a inovação recai em produtos ou tratamentos e não em processos produtivos ou formas de prestar os serviços eficientemente²²⁵, é importante que, para além do custo imediato, sejam também avaliados os custos adicionais, ou seja, se haverá alteração na quantidade ou qualidade dos cuidados de saúde prestados para que se possa suprimir o custo dessa inovação.

A nível de prestação de serviços e gestão de prática clínica, um dos maiores contributos foi a criação de bases de informação que permitem que o profissional de saúde, poupando tempo, recursos e evitando enganos, se inteire do historial clínico do paciente. Dado o elevado investimento inicial e a necessidade de formar os profissionais que utilizam esses sistemas de informação, o nível atingido nesta área não é ainda o desejável²²⁶.

Estas bases de informação e aplicações que compõem o sistema informático não são muitas vezes tão eficazes ou intuitivas como deveriam, o que é agravado pelo facto do seu papel enquanto integradores de informação sobre o doente e comunicação entre diferentes serviços de saúde ser cada vez mais valorizado²²⁷.

No que concerne ao processo clínico do doente, definido como “o conjunto de documentos com todo o tipo de dados, avaliações e informações sobre a situação e a evolução clínica de um doente ao longo do processo de prestação de cuidados de saúde”²²⁸, principalmente no âmbito concreto dos cuidados transfronteiriços²²⁹, este não deverá pôr em risco direitos de privacidade do doente. Ora, devemos considerar como abrangidas pelo processo clínico informações médicas respeitantes ao doente, mas também outros dados, que constituem informações não médicas²³⁰. Estando o processo clínico sujeito a um dever de sigilo médico, infere-se que esses dados não médicos estão por ele cobertos, caindo sobre o mesmo regime de proteção²³¹.

Em jeito de conclusão e partindo de algumas das principais questões que falta desenvolver, apontadas por ANTÓNIO DIAS ALVES, seria aconselhável um maior planeamento e organização quando

²²⁵ Contudo, é de destacar que, essencialmente na década de 90, “houve um esforço estadual no sentido da acreditação de hospitais, ensaios de medição da satisfação dos doentes, projetos de eliminação de desperdícios de recursos e programas conducentes à melhoria no acesso à saúde, à organização e coordenação de serviços de saúde”. *Vide* ISA ANTÓNIO, O impacto da tecnologia no setor da saúde..., *op. cit.*, p.136.

²²⁶ Cfr. PEDRO PITA BARROS, *Pela sua...*, *op. cit.*, p.67.

²²⁷ Neste sentido, ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS; JORGE SIMÕES, 40 Anos de Abril..., *op. cit.*, p.296.

²²⁸ Conforme consta na Diretiva 2011/24/UE, Capítulo I, artigo 3.º, alínea m).

²²⁹ Disciplinados pela Diretiva 2011/24/UE transposta para a Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto.

²³⁰ *Vide* ISA ANTÓNIO, O impacto da tecnologia no setor da saúde..., *op. cit.*, p.143.

²³¹ Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016 e Diretiva 2002/58/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 12 de julho de 2002. A proteção de dados pessoais resulta também do art.12.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem, que refere que está protegido pela lei aquele que sofrer intromissões arbitrárias na sua vida privada ou familiar, e, a nível europeu, os arts.7.º e 8.º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, que consagram o direito à vida privada e familiar e o direito a proteção de dados pessoais, respetivamente. A nível nacional, temos o n.º1 e 2 do art.26.º da Constituição da República Portuguesa, que consagram a reserva da intimidade da vida privada e familiar e estabelecem garantias contra a intromissão abusiva nessa esfera.

se seleciona determinado tipo de inovação, para garantir a maior eficácia possível. Por sua vez, deve existir uma maior articulação entre metas e programas nacionais e parâmetros de qualidade em hospitais. Por fim, há carência de promoção e apoio à inovação na gestão de serviços, que ocorre sobretudo porque muitas vezes não há uma resposta organizada das várias entidades do SNS²³².

3.4. INFLUÊNCIA EUROPEIA NA SAÚDE

A abordagem a este tópico torna indispensável tomar como ponto de partida a seguinte premissa: a saúde não é uma área onde, tradicionalmente, a UE tinha competências específicas. Contudo, e como denotaremos ao longo deste estudo, a legislação produzida no seio das suas instituições tem tido um impacto crescente e direto sobre as políticas e normas aplicáveis à matéria dentro de cada Estado-Membro, abrindo novas possibilidades aos cidadãos europeus e obrigando a ajustamentos por parte das administrações nacionais²³³.

Um exemplo notório desta dinâmica são os cuidados de saúde transfronteiriços, que têm como fim facilitar o acesso aos cuidados de saúde prestados por outros Estados-Membros e que são manifestação do princípio da livre circulação de pessoas. Estes merecerão mais atenção em momento posterior.

Aliás, os Tratados Europeus²³⁴ contêm normas que poderão influenciar a forma como são prestados os cuidados de saúde nos Estados que a compõem. De facto, as próprias políticas que a União Europeia prossegue noutras áreas acabam por se refletir no campo da saúde pois, como já teve oportunidade de se referir, a saúde é um campo muito permeável e está em situação de interdependência com outras áreas como a do ambiente.

Esta última nota é significativa. O facto de ter havido um reforço do princípio da proteção horizontal, que chama a saúde a todas as políticas²³⁵, obrigando a UE a refletir sobre o impacto que as suas atuações terão na saúde dos indivíduos, e um alargamento gradual das suas competências no âmbito da Saúde

²³² Neste sentido, ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS; JORGE SIMÕES, 40 Anos de Abril..., *op. cit.*, p.312.

²³³ Cfr TAMARA K. HERVEY; JEAN V. MCHALE, Health Law and..., *op. cit.*, p. 4.

²³⁴ Enquanto que o Tratado da União Europeia não se refere sequer à questão da saúde, o Tratado Sobre o Funcionamento da União Europeia faz algumas referências gerais a esta área. Logo no seu art.4.º, n.º2, alínea k), este último menciona que no que respeita à Saúde Pública a competência será partilhada entre os Estados-Membros e a UE. A União compromete-se ainda, na alínea a) do art.6.º a apoiar os Estados-Membros nas suas ações destinadas à proteção e melhoria da saúde, objetivo que sai reforçado pela letra do art.9.º, do qual resulta que na execução e elaboração das suas políticas a UE tomará sempre em conta a proteção da saúde humana. A este respeito, temos como exemplo o art.191.º, que determina que as políticas da União orientadas para o Ambiente devem sempre proporcionar um grau elevado de proteção da saúde das populações. Este nível de proteção da saúde deve manter-se mesmo quando a Comissão conduza propostas que contribuam para a perfeita realização do Mercado Interno quando versem sobre matéria de saúde, como dispõe o art.114.º. No que concerne com a Saúde Pública, a disposição mais relevante é o art.168.º onde se apresenta a ação da União como sendo meramente complementar à dos Estados-Membros, tendo por isso de respeitar as políticas nacionais de saúde e a organização do seu Sistema de Saúde.

²³⁵ Cfr. n.º 3 do art.114.º TFUE, quando refere que “a Comissão, nas suas propostas previstas no n.º 1 em matéria de saúde, de segurança, de proteção do ambiente e de defesa dos consumidores, basear-se-á num nível de proteção elevado”.

Pública²³⁶, que resultou do Tratado da União Europeia, em 1992, que culminou na “consolidação da europeização do direito e políticas de saúde pública”²³⁷. Esta, apesar de não ser consensual, tem sido corroborada pela atuação do Tribunal de Justiça da União Europeia.

Os próprios direitos humanos devem ser sempre a base e o suporte das normas de regulação, não obstante poderem derivar daí alguns obstáculos relacionados com a própria interpretação do sentido e alcance desses direitos e nos casos em que duas ou mais disposições desta natureza entram em conflito quando aplicadas a um caso concreto²³⁸.

Neste sentido, dispõe a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia no seu art.35.º que “todas as pessoas têm o direito de aceder à prevenção em matéria de saúde e de beneficiar de cuidados médicos, de acordo com as legislações e práticas nacionais”, impondo também à própria União a obrigação de assegurar uma proteção adequada da saúde quando define e executa as suas políticas.

Esta proteção surge amplamente reforçada por outros instrumentos de índole internacional, como a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, que englobou Estados-Membros do Conselho da Europa, entre outros²³⁹. Nesta Convenção pretendia expor-se um conjunto de princípios que nunca poderiam ser ultrapassados e que serviriam de escudo entre o indivíduo, detentor de direitos fundamentais, e determinadas práticas que resultavam da evolução da medicina e biologia, que poderiam contra eles atentar.

De facto, a própria concretização de objetivos basilares da União Europeia pressupõe uma atuação a nível dos serviços públicos de interesse geral, que englobam os serviços sociais, como é o caso da saúde. A própria noção de serviço público sofreu alterações²⁴⁰, ressaltando-se agora a sua componente funcional e deixando para segundo plano a natureza pública ou privada do prestador envolvido.

A interoperabilidade e a cooperação administrativa potenciada pela União Europeia atua em várias frentes e faz impender sobre os Estados Membros uma obrigação de olharem sob uma nova perspetiva para conceitos clássicos, mas também de adotarem novos procedimentos no que respeita ao modo de alcançar objetivos definidos no contexto comunitário, tendo em conta critérios de eficiência e qualidade.

²³⁶ Nomeadamente no que concerne com as suas competências legislativas, podendo, como resulta da alínea c) do n.º 4 do art.168.º do TFUE, elaborar normas que contendam com a qualidade e segurança dos medicamentos e equipamentos médicos.

²³⁷ Cfr. ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS; JORGE SIMÕES, 40 Anos de Abril..., *op. cit.*, p.323.

²³⁸ Neste sentido, TAMARA K. HERVEY; JEAN V. MCHALE, Health Law and..., *op. cit.*, p. 25.

²³⁹ Alguns Estados-Membros do Conselho da Europa e da União Europeia não se encontram entre os signatários desta Convenção, como por exemplo a Bélgica ou a Alemanha.

²⁴⁰ A este propósito, a Diretiva 2006/123/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 12 de dezembro de 2006, relativa aos serviços no Mercado Interno, permite uma melhor compreensão sobre a mudança operada ao nível dos serviços públicos. Esta foi transposta para o ordenamento português pelo Decreto-Lei n.º92/2010, de 26 de julho, alterado pelo Decreto-Lei n.º80/2019, de 17 de junho.

A título de exemplo, podemos analisar as implicações que a noção de mercado interno - e a necessidade de os Estados adotarem medidas que permitam potenciá-lo cada vez mais - tem sobre o domínio dos direitos sociais, em particular no que respeita ao direito à saúde.

É precisamente essa constante procura de melhorias que concorreu para uma outra ideia de bem comum, o Mercado Único Digital (doravante MUD), sendo que este é um dos âmbitos a partir dos quais surgiram decorrências a nível dos serviços públicos.

Sem nos alongarmos demasiado sob pena de extrapolarmos os objetivos desta análise, a ideia de Mercado Único Digital surgiu com mais desenvolvimento pela Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões²⁴¹, em que se refere que este “é um mercado em que é assegurada a livre circulação de mercadorias, pessoas, serviços e capitais e em que os cidadãos e as empresas podem beneficiar de um acesso sem descontinuidades a atividades em linha e desenvolver essas atividades em condições de concorrência leal e com um elevado nível de proteção dos consumidores e dos seus dados pessoais, independentemente da sua nacionalidade ou local de residência”²⁴². Neste sentido, e de modo a efetivar esse movimento de bens e serviços a nível transfronteiriço, tiveram de ser criadas condições legais e regulamentares bem definidas, que permitissem reduzir os obstáculos que impediam a agilidade dos movimentos, nomeadamente aspetos de regime que diferiam de Estado para Estado e que deveriam ser aproximados, cabendo esse papel de harmonização dos regimes à União Europeia²⁴³.

Ou seja, na prática, apesar de a UE não ter um corpo legislativo organizado sobre saúde e os Estados poderem estabelecer as suas políticas sociais com relativa liberdade, o que acaba por ocorrer é uma ação da União num patamar mais abstrato. “Although each Member State of the UE preserves its own

²⁴¹ Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões (COM (2015) 192 final): Estratégia para o Mercado Único Digital na Europa. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52015DC0192&from=NL>.

²⁴² Este projeto integra-se num plano mais vasto e abrangente, o Plano de Ação Europeu (2016-2020) para a Administração Pública em Linha, que resultou da Comunicação Da Comissão Ao Parlamento Europeu, Ao Conselho, Ao Comité Económico E Social Europeu E Ao Comité Das Regiões (COM (2016) 179 final): Plano De Ação Europeu (2016-2020) Para A Administração Pública Em Linha Acelerar A Transformação Digital Da Administração Pública (Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52016DC0179&from=pt>), que pretendia aumentar a rapidez e eficiência com que os procedimentos administrativos eram tramitados, reduzindo os encargos administrativos e aumentando os níveis de comunicação, seja entre administrações ou entre estas e os particulares. Para que tal acontecesse, foi necessário aperfeiçoar mecanismos que possibilitassem o intercâmbio de boas práticas e dados entre os Estados Membros, enquanto se fomentava a competitividade e se tornava este espaço mais apetecível para o investimento. Estas são as linhas gerais caracterizadoras do Plano, sendo que a prossecução destes objetivos não deveria fazer perigar outros valores como a segurança daqueles que veem os seus dados cruzar fronteiras.

²⁴³ O que se procura alcançar é um “caminho digital para os serviços públicos, a fim de os desburocratizar e de tornar as suas relações com os administrados (internamente e em matérias com lastro transfronteiriço) mais simples e flexíveis”. Vide ABREU, Joana, Os serviços públicos digitais na União Europeia: a interoperabilidade administrativa e a e-Saúde (eHealth). In *E.Tec Yearbook- Health Law and Technology*, 2019, p.55. A Comissão teria um papel de apoio preponderante nesta matéria. No que à saúde diz respeito, incumbia-lhe sobretudo acompanhar a implementação de medidas concretas, como a circulação de receitas eletrónicas e exploração da telemonitorização e telemedicina, para assim poder estabelecer uma prestação de serviços transfronteiriços de qualidade. De uma perspectiva de *empowerment*, deduzimos que a maioria das medidas que contribuem para a implementação perfeita do MUD, colidem também com um maior grau de participação dos cidadãos, visto que essa participação acaba por ser encarada como um elemento desse mesmo mercado pois termine criar um ambiente mais competitivo e, nesse sentido, mais propício à inovação e à eficiência.

unique national health policy²⁴⁴, at a more abstracted level it may be possible to discern principles, values, preferences and orientations that are distinctively “European”, as opposed to, say, American or Japanese”²⁴⁵.

Esta incorporação de valores vai surgindo a par com a produção de legislação avulsa sobre determinados campos dos serviços sociais, entre eles a saúde, que a UE acha relevante regular. Assim, há determinados valores e princípios que resultam do próprio espírito dos seus tratados, da legislação que as suas instituições produzem ou ainda Convenções Internacionais às quais a UE está vinculada.

Este “núcleo comum” é importante para manter um certo grau de uniformidade visto que, sendo indubitavelmente uma área essencial, o próprio conceito de saúde ou a forma como o sistema está organizado ou é financiado pode variar bastante.

De seguida procederemos à análise de determinados pontos mais relevantes que compõem a legislação europeia voltada para esta área, assumindo desde logo que esta continua em permanente evolução e destacando o seu impacto nas normas e políticas sociais dos Estados-Membros. Contudo, daremos maior atenção, já que constitui o objeto deste estudo, às implicações que esta tem trazido às Políticas Públicas de Saúde e até ao nível da Promoção da Saúde.

3.4.1. POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA

A União Europeia não tem competência para estabelecer uma política comum de Saúde Pública que valesse para todos os Estados que a integram. Nos termos da alínea k) do n.º2 do art.4.º do TFUE, a sua competência é partilhada com as administrações dos Estados. No art.168.º do mesmo Tratado, densifica-se a competência da UE neste aspeto, destacando o seu papel complementar e de colaboração com as administrações nacionais “na melhoria da saúde pública e na prevenção das doenças e afeções humanas e na redução das causas de perigo para a saúde física e mental”.

Daqui retiramos que o percurso da União passa por tentar dar uma resposta aos problemas sociais que os Estados enfrentam, nomeadamente na saúde, não só de uma perspetiva de segurança sanitária, mas também pela própria proteção da saúde dos seus cidadãos. Este apoio é feito sempre por via da colaboração, concentrando-se na saúde pública, “com recurso escasso a medidas de harmonização de

²⁴⁴ Cfr. n.º7 do art.168.º, que dispõe que a “ação da União respeita as responsabilidades dos Estados-Membros no que se refere à definição das respetivas políticas de saúde, bem como à organização e prestação de serviços de saúde e de cuidados médicos”.

²⁴⁵ Vide TAMARA K. HERVEY; JEAN V. MCHALE, *Health Law and...*, *op. cit.*, pp. 5 e 6.

disposições legislativas e regulamentares”²⁴⁶. Ainda assim, e talvez pela influência que a saúde tem na economia e em toda a estrutura social, esta legislação vocacionada para a saúde tem vindo a crescer²⁴⁷.

Ainda assim, esse fator não a tem impedido de desenvolver uma política de Saúde Pública e implementá-la nos Estados através de uma atuação interativa com as suas administrações. Nesta interação não podemos descurar a importância da *soft law*, cujo carácter não vinculativo não obsta a que funcione como um recurso interpretativo que auxilie a produção de legislação verdadeiramente vinculativa²⁴⁸.

Os programas são o instrumento mais utilizado no que toca à definição dos traços gerais das políticas que se pretendem implementar, permitindo uma aproximação mais abrangente à realidade sobre a qual se vai atuar. Logo em 1986, a UE lançou uma vasta gama de programas que visavam atuar em determinados pontos estratégicos ligados à saúde²⁴⁹.

De entre estes, cumpre destacar desde logo os programas associados ao AIDS/HIV, assunto que teve grande relevância na década de 80 e que culminou com uma reunião entre o Conselho e os Ministros da Saúde dos diferentes Estados. Desta emergiram determinados compromissos que os Estados teriam de respeitar a fim de prevenir e travar o flagelo provocado pela doença²⁵⁰.

A par desta última, constituíram ainda objeto dos programas outras doenças transmissíveis, doenças associadas à poluição, o cancro, a toxicodependência, a promoção e vigilância da saúde e a prevenção de ferimentos e doenças raras²⁵¹.

Todavia, o primeiro programa de ação comunitária no domínio da saúde pública só surgiu em 2003²⁵², tendo-se aplicado até 2008, altura em que um outro – segundo programa de ação comunitária no domínio da saúde (2008-2013)²⁵³ lhe sucede. A principal evolução que aconteceu do primeiro para o segundo prendeu-se com uma abordagem mais focada em problemas concretos como o envelhecimento, as desigualdades em saúde, a necessidade de desenvolver a literacia em saúde como forma de as combater e algumas questões relacionadas com os movimentos transfronteiriços de bens e serviços nesta área.

²⁴⁶ Cfr. ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS; JORGE SIMÕES, 40 Anos de Abril..., *op. cit.*, p.322.

²⁴⁷ Cfr. *ibid.*, p.322.

²⁴⁸ Vide TAMARA K. HERVEY, The impact of EU law on health care systems. 1º edição. Bruxelas: P.I.E. Peter Lang, 2002, p.24.

²⁴⁹ Cfr. ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS; JORGE SIMÕES, 40 Anos de Abril..., *op. cit.*, p.327.

²⁵⁰ Vide TAMARA K. HERVEY, The impact of EU law..., *op. cit.*, p.33.

²⁵¹ Cfr. ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS; JORGE SIMÕES, 40 Anos de Abril..., *op. cit.*, p.327.

²⁵² Decisão n.º 1786/2002/CE do Parlamento Europeu e do Conselho.

²⁵³ Decisão n.º 1350/2007/CE do Parlamento Europeu e do Conselho.

O terceiro programa de saúde (2014-2020)²⁵⁴, herdou aqueles que foram os pontos mais positivos dos programas que lhe antecederam, tendo como objetivo aprofundar aspetos como a eficiência e a inovação dos Sistemas de Saúde²⁵⁵, a necessidade de investir cada vez mais na Promoção da Saúde²⁵⁶ e de aumentar a facilidade no acesso aos cuidados de saúde²⁵⁷, ao mesmo tempo que avança soluções para responder a ameaças de saúde pública que se estendem para lá das fronteiras de um Estado²⁵⁸.

Na elaboração destes programas, foi essencial reconhecer que as ameaças à saúde pública mudaram com o tempo. Esta alteração reflete-se tanto a nível das fontes como a nível da sua capacidade de proliferação, esta última intimamente associada à diminuição de constrangimentos à livre circulação de pessoas, bens e serviços.

Nesta senda, operou-se um aprimoramento das técnicas de cooperação internacional, dando especial foco a campos particularmente sensíveis, como a segurança alimentar²⁵⁹ ou os medicamentos, e tentaram construir-se estruturas que pudessem dar uma resposta rápida e eficaz, bem como proceder à análise de risco, de qualquer tipo de ameaça. Isto é, estruturas que agissem tanto preventiva como reativamente²⁶⁰.

3.4.2. MEDICAMENTOS

A par destas preocupações, foi criada em 1995 a Agência Europeia do Medicamento, que tem como principal fim a supervisão e o controlo dos medicamentos que se destinam ao uso humano ou animal. Tem sido um importante elemento de verificação da conformidade dos processos de produção destes medicamentos com as normas vigentes, para além do controlo do rigor científico²⁶¹.

Esta fiscalização faz-se sobretudo com recurso a um sistema de autorizações. Isto é, antes de um medicamento ter acesso ao mercado, precisa de obter uma autorização desta Agência. A partir desse

²⁵⁴ Regulamento (UE) n.º 282/2014, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 11 de março de 2014.

²⁵⁵ Segundo o Considerando 9 esta inovação e eficiência “deverá ser entendida como uma estratégia de saúde pública que não se limita aos progressos tecnológicos em termos de produtos e serviços”. É uma prioridade temática, nos termos do Anexo I.

²⁵⁶ Apresentada como uma prioridade temática no Anexo I do Regulamento, esta surge com destaque em vários momentos do diploma, como no Considerando 14, que estabelece que “o Programa deverá identificar, divulgar e promover a adoção de boas práticas comprovadas com vista à tomada de medidas eficazes em termos de custos de Promoção da Saúde e prevenção das doenças”. Surge ainda referida no art.3.º, descrita como um objetivo específico.

²⁵⁷ O art.3.º, no seu n.º 4, refere-se esta facilitação no acesso como um objetivo específico a ser alcançado.

²⁵⁸ Cfr. o Considerando 6, em que se refere que o Programa é um meio para promover vários objetivos, entre os quais a “reação às ameaças transfronteiriças para reduzir os seus riscos e atenuar as respetivas consequências”. Também nos Considerandos 15 e 16 se faz alusão a este ponto, utilizando casos mais concretos para ilustrar o modo como se pretende atuar. No art.2.º surge como objetivo geral, sendo concretizado com maior pormenor no n.º 2 do artigo seguinte, cuja letra dispõe que é fulcral “identificar e desenvolver abordagens coerentes e promover a sua aplicação visando uma melhor preparação e coordenação nas situações de emergência sanitária”. É também uma prioridade temática como salienta o Anexo I.

²⁵⁹ A Autoridade Europeia da Segurança Alimentar foi criada pelo Regulamento (CE) n.º 178/2002, do Parlamento e do Conselho, de 28 de janeiro.

²⁶⁰ Cfr. ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS; JORGE SIMÕES, 40 Anos de Abril..., *op. cit.*, p.338.

²⁶¹ UNIÃO EUROPEIA, Agência Europeia do Medicamento (EMA). Amsterdão: União Europeia. Disponível em: https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/ema_pt. [Consult. 4 fev. 2020].

momento, passa a poder ser comercializado na UE, mas mesmo assim o controlo não cessa, cabendo à Agência, em cooperação com as autoridades reguladoras nacionais e com as Direções Gerais da Saúde, assegurar a qualidade do fármaco de forma a garantir a segurança daqueles que o utilizam.

A essa rede, que no caso português se estabelece entre a Agência Europeia do Medicamento, a Direção Geral de Saúde e a Entidade Reguladora da Saúde, chamamos Rede Europeia de Regulação dos Medicamentos. Há ainda outros autores, como a Autoridade Europeia para a Segurança dos Alimentos e os próprios doentes e profissionais de saúde.

Ainda que atualmente nos pareça intuitivo e até indispensável que este controlo da qualidade e do rigor seja feito, nem sempre foi assim. Aliás, em Portugal, até ao ano de 1957, vivíamos num completo vazio legislativo. O Direito não regulava esta área, os medicamentos eram produzidos pelas farmácias sem que houvesse um controlo sério de toxicidade. Isto levou a situações trágicas, como a vivida em 1955, em que várias crianças morreram em virtude da administração de Lipocina, um medicamento disponível no mercado sem que tivesse havido testes prévios que assegurassem a segurança de quem o utilizasse²⁶².

Só com a elaboração do Decreto n.º 41448, de 18 de dezembro de 1957, pioneiro na Europa, se institui a necessidade de autorização prévia da Direção Geral da Saúde para entrada de medicamentos no mercado. Contudo, esta autorização não abarcava todos os medicamentos, havia exceções que se prendiam com a incapacidade de haver externalização dos efeitos adversos desses químicos²⁶³. Apesar disso, este Decreto foi um marco no controlo destes produtos.

Todavia, com o passar dos anos Portugal não avançou muito mais neste tópico. Foi décadas depois, em 1991, já com Portugal integrado na Comunidade Económica Europeia, que se deu um novo passo, com a transposição da Diretiva 65/65/CEE, de 26 de janeiro, e a Diretiva 75/319/CEE, de 20 de maio²⁶⁴.

Foi a Diretiva 65/65/CEE, de 26 de janeiro, que abriu caminho para a “gradual consolidação do estatuto jurídico do medicamento a nível europeu”²⁶⁵. Contudo, “apesar de a regulação do medicamento ser um processo altamente dinâmico e complexo, talvez das matérias mais reguladas pelos Estados desenvolvidos, e que vai desde a Investigação e Desenvolvimento (I&D) à dispensa e utilização, passando pela produção e comercialização, a verdade é que apenas uma parte da regulação do medicamento

²⁶² Cfr. ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS; JORGE SIMÕES, 40 Anos de Abril..., *op. cit.*, pp.330 e 331.

²⁶³ Cfr. ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS; JORGE SIMÕES, 40 Anos de Abril..., *op. cit.*, p.332.

²⁶⁴ Ambas revogadas pela Diretiva 2001/83/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 6 de novembro de 2001.

²⁶⁵ Vide MICAELA SOUSA; JOÃO PITA; ANA PEREIRA, 50 anos de legislação farmacêutica na Europa (1965-2015): o caso específico da AIM. In *Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX*, n.º 14, 2016, p. 74. Disponível em: <https://digitalis-dsp.uc.pt/bitstream/10316.2/39349/1/50%20anos%20de%20legislacao%20farmaceutica%20na%20Europa.pdf>. [Consul. 4 abr. 2020].

encontrou lugar na legislação europeia”²⁶⁶. Isto deve-se sobretudo à aplicação do princípio da subsidiariedade e à hesitação dos Estados em abdicarem de determinadas competências, como por exemplo a fixação de preços.

A transposição destas Diretivas a que aludimos e outras²⁶⁷, culminaram, em 1991, no Estatuto do Medicamento, o Decreto-Lei n.º 72/91, de 8 de fevereiro, que visava atualizar as falhas resultantes de um período tão longo de inação, mas também compilar a legislação sobre esta temática²⁶⁸.

Enquanto isso acontecia, já se começava a desenhar na Europa aquele que é hoje o Sistema Europeu de Avaliação e Supervisão do Medicamento, cujo cerne se prendia com a criação da Agência Europeia do Medicamento²⁶⁹, supramencionada.

“Começara em Portugal um novo paradigma de regulação e supervisão da qualidade, segurança e eficácia do medicamento em todo o seu ciclo de vida”²⁷⁰. Esta nova visão integrativa, que envolvia várias instituições que teriam de aprimorar as formas de trabalhar em rede entre si, obrigava a um grau de articulação elevado. Tendo isso em vista, foi criado, pelo Decreto-Lei n.º 10/93, de 15 de janeiro, o Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, amplamente conhecido como Infarmed.

Assim, passamos em algumas décadas de um vazio legal para um sistema dinâmico de controlo e fiscalização que se estabelecia entre várias entidades. Deste modo, as entidades nacionais exerciam as suas competências concomitantemente com as instituições europeias, como a Comissão e a Agência Europeia do Medicamento.

O Estatuto do Medicamento foi alterado pelo Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, cumprindo com aquelas que eram as finalidades de codificação que derivavam da Diretiva 2001/83/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 6 de novembro.

Essa influência europeia sentiu-se também no Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro, retificado²⁷¹, que transpunha mandamentos comunitários²⁷² sobre vários pontos, entre eles a farmacovigilância e medidas contra a distribuição ilegal de medicamentos.

²⁶⁶ *Vide ibid.*, p. 75.

²⁶⁷ Diretiva 83/570/CEE, de 26 de outubro, n.º 87/22/CEE, de 22 de dezembro, n.º 89/341/CEE, de 3 de maio, n.º 89/342/CEE, de 3 de maio, n.º 89/343/CEE de 3 de maio, n.º 89/381/CEE de 14 de junho e n.º 89/105/CEE de 21 de dezembro, entre outros.

²⁶⁸ Cfr. ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS; JORGE SIMÕES, 40 Anos de Abril..., *op. cit.*, p.333.

²⁶⁹ Criada pelo Regulamento (CEE) 2309/93 do Conselho, de 22 de julho, revogado pelo Regulamento (CE) n.º 726/2004, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de março.

²⁷⁰ *Vide* ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS; JORGE SIMÕES, 40 Anos de Abril..., *op. cit.*, p.335.

²⁷¹ Retificação n.º 47/2013, de 4 de novembro.

²⁷² Diretiva 2011/62/EU, de 8 de junho, e Diretiva 2012/26/EU, de 25 de outubro.

Deste modo, e como expõe DIANA GRILO, este setor é caracterizado por dois caminhos. Um é aquele que resulta das nossas obrigações enquanto Estado-Membro e que levam a uma harmonização de métodos e formas de avaliação e controlo, tendo como fim a efetivação dos mandamentos associados ao mercado único e saúde pública. O outro, numa vertente nacional, tem em conta os problemas de sustentabilidade do SNS e procura, portanto, que o custo associado aos fármacos seja o menor possível²⁷³.

3.4.3. CUIDADOS DE SAÚDE TRANSFRONTEIRIÇOS

Os Sistemas Nacionais de Saúde obedecem ao princípio da territorialidade, estando intimamente relacionados com a noção de soberania de um Estado, ou, pelo menos, considerava-se que era assim.

À medida que a União Europeia aprofundava a sua ação no contexto da saúde, o conceito clássico de Sistema de Saúde, no que se prende com algumas das suas características, foi preterido por uma visão dos Sistemas de Saúde como estando ligados e ao serviço de uma só comunidade, a comunidade europeia – já não nacional.

Foi em 2011 que a UE decidiu dar um forte impulso a esta visão, através da Diretiva 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março²⁷⁴, e da Diretiva de Execução 2012/52/UE, da Comissão, de 20 de dezembro.

O propósito era instituir o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços, que, como destaca logo o preâmbulo, serviriam vários objetivos da União, entre os quais a necessidade de assegurar uma elevada proteção da saúde em todas as políticas, mandamento do n.º 1 do art.168.º do TFUE que não deveria ser posto em causa, antes promovido, por esta harmonização. Esta figura, por implicar o movimento de pessoas e serviços, vai adjuvar à fluidez e aprofundamento do mercado interno, preconizado pelo art.114.º do TFUE.

²⁷³ Cfr. ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS; JORGE SIMÕES, 40 Anos de Abril..., *op. cit.*, p.337.

²⁷⁴ Foram tecidas algumas críticas a esta Diretiva que respeitam sobretudo a sua excessiva densificação, que na prática se traduz numa redução da liberdade do legislador nacional no momento em que opera a transposição. Este facto levou a que muitos Estados, incluindo o nosso, transpusessem a Diretiva sem proceder a quaisquer alterações. Cfr. LUCIANA SANTOS, Direito à Saúde..., *op. cit.*, p.117.

Estes diplomas foram transpostos para a ordem jurídica portuguesa pela Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, já em situação de incumprimento²⁷⁵.

No essencial, o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços permite que um doente oriundo de um determinado Estado-Membro receba cuidados de saúde num outro Estado, onde não reside. Esta é a *vertente passiva* desta figura. Por outra banda, a *vertente ativa* pode ser descrita como a situação em que um dado prestador de serviços de saúde presta serviços num Estado diferente daquele em que está estabelecido ou reside. Entre estas duas, temos uma terceira situação, a *vertente intermédia*, em que não há deslocação do doente nem do prestador. Há uma mera deslocação do serviço pretendido²⁷⁶.

Ainda que estas três vertentes existam na prática, se voltarmos agora o olhar para aquela que é a definição dada pela Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, na alínea c) do art.3.º, menciona-se apenas a *vertente passiva*.

Podemos agora indagar acerca dos limites estabelecidos para o acesso a estes cuidados de saúde transfronteiriços. Desde logo, há limites estabelecidos no art.2.º que se prendem com o âmbito objetivo da figura. Ficam fora do âmbito de regulação da Lei as situações que se prendam com os cuidados continuados integrados, com a dádiva ou colheita de órgãos²⁷⁷ e com o Plano Nacional e Regional de Vacinação.

Pode ainda haver restrições a este acesso, sempre com respeito pelos princípios da proporcionalidade, igualdade e não discriminação que devem nortear as decisões tomadas nesse âmbito. A Lei remete para os art.52.º e 62.º do TFUE no que toca aos termos em que estas deverão acontecer. Quanto ao fundamento, serão sobretudo razões de interesse geral que justifiquem que naquela situação o acesso seja negado. Nomeadamente, quando desse acesso possa advir um desequilíbrio ou perda de qualidade do serviço a nível nacional.

Este esquema exige uma grande articulação entre as entidades dos vários Estados-Membros. Para assegurar que esta seja o mais eficaz possível, a Lei estabeleceu a necessidade de ter pontos de contacto nacional. Apesar de enunciar que estes devem existir e quais as funções que desempenham, não refere

²⁷⁵ A transposição deveria ter ocorrido até dia 26 de outubro de 2013, como é referido no n.º 1 do art.21.º da Diretiva 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho.

²⁷⁶ Cfr. LUCIANA SANTOS, *Direito à Saúde...*, *op. cit.*, p.117.

²⁷⁷ LUCIANA SOUSA SANTOS chama a atenção para a necessidade de fazer uma precisão quanto à letra da alínea b) do n.º 1 do art.2.º da lei. Esta apresenta como estando fora do âmbito da lei a "dádiva ou colheita de órgãos, após a morte, respetiva alocação e acesso aos mesmos para fins terapêuticos ou de transplante". Isto leva a supor que, caso seja feita em vida, a dádiva ou colheita podem constituir fundamento de acesso a estes cuidados. Este raciocínio é erróneo, ainda que o legislador tenha induzido esse erro. A falta de rigor do legislador neste ponto faz com que haja necessidade de recorrer à Diretiva que serviu como base à lei e fazer uma interpretação corretiva, já que nesta a letra da alínea b) do n.º 3 do art.1.º dispõe que a Diretiva se aplica "à atribuição de órgãos e ao acesso aos mesmos para efeitos de transplante", não distinguindo em que momento ocorre essa dádiva ou colheita, como o legislador nacional parece querer fazer. Cfr. LUCIANA SANTOS, *Direito à Saúde...*, *op. cit.*, p.119.

quais as entidades às quais será conferida essa missão. Pela letra do art.5.º, conseguimos apenas perceber que será escolhido um “de entre os serviços e organismos do Ministério da Saúde”²⁷⁸.

A obrigação de estabelecer estes pontos para uma melhor comunicação e prossecução dos objetivos foi apenas uma das muitas alterações que tiveram lugar de modo a tornar este regime operativo. Uma outra inovação foi o direito ao reembolso, uma matéria que é, aliás, bastante discutida.

O direito ao reembolso é o direito que o beneficiário tem de que lhe seja reembolsado o montante das despesas que resultaram da prestação desses cuidados de saúde transfronteiriços num outro Estado-Membro. Este direito ao reembolso não é, contudo, ilimitado²⁷⁹. Existem determinadas restrições que se prendem desde logo com os próprios serviços de saúde que cabe ao Estado português garantir.

Assim, e após uma leitura atenta do art.8.º da referida lei, o reembolso só terá lugar se o objeto desses cuidados transfronteiriços tiverem sido prestações que caberia ao Estado de afiliação, o Estado português, garantir, através do seu SNS ou dos Serviços Regionais de Saúde. Concretizando o conceito de garantir, depreendemos que não basta que o SNS preste esses cuidados, estes devem constar da tabela de preços do SNS como sendo prestações elegíveis para reembolso ou comparticipação. Deste modo, o n.º 1 e 2 do art.8.º devem ser lidos em conjunto²⁸⁰.

Finalmente, estes cuidados terão de ser “adequados ao estado de saúde do beneficiário e de eficácia comprovada cientificamente, reconhecida pela melhor evidência internacional”²⁸¹ e “são reembolsados apenas até ao limite que teria sido assumido pelo Estado Português enquanto responsabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde ou dos Serviços Regionais de Saúde”²⁸².

Além do mais, este reembolso não constitui um direito quando o prestador desses cuidados não seja reconhecido legalmente enquanto tal no país em que os presta, como refere o n.º 6 do mesmo artigo.

Para além destas causas objetivas que obstem ao reembolso, temos ainda situações em que esse direito pode ser restringido se o fundamento dessa restrição estiver em “razões imperiosas de interesse

²⁷⁸ Entre nós, acabou por ser designada como ponto de contacto a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., através do Despacho n.º 11713/2014, de 9 de setembro.

²⁷⁹ Há casos, elencados no art.11.º, em que este pedido de reembolso carece de autorização prévia. Esta formalidade acrescida justifica-se pelas características do serviço prestado. A título de exemplo, casos em que haja necessidade de, pelo menos, uma noite de internamento e casos que envolvam equipamentos ou infraestruturas especialmente onerosos. Também as situações em que haja um risco especial para o doente ou para a população, ou em que sejam levantadas questões sérias relacionadas com a qualidade e segurança dos serviços que irão ser prestados. Fora estes casos, a necessidade do tratamento terá de ser aferida por um médico de medicina geral e particular, o que restringe, justificadamente, a liberdade do beneficiário.

²⁸⁰ LUCIANA SANTOS, *Direito à Saúde...*, *op. cit.*, p.126.

²⁸¹ Cfr. n.º 3 do art.8.º.

²⁸² Cfr. n.º 5 do art.8.º

geral”, como as define a letra do n.º 8. Estas restrições terão, em todo o caso, de respeitar o princípio da proporcionalidade.

O reembolso está sempre dependente de um requerimento formulado pelo beneficiário, ou por alguém a pedido deste.

Seguindo agora o raciocínio de LUCIANA SOUSA SANTOS, podem ser feitas algumas críticas à redação da Lei em determinados pontos. Algumas já fomos adiantando até aqui, outras prendem-se com conceitos gerais como “necessidade de cuidados de saúde”, que abrem espaço para diferentes interpretações²⁸³.

Uma das soluções para corrigir estas imprecisões passará por uma interpretação conforme ao direito comunitário, com recurso à interpretação do sentido e alcance que a Diretiva pretendia. É fulcral não esquecer também os fins que esta serve. Por um lado, “o desenvolvimento do mercado interno europeu da saúde, através da eliminação de eventuais obstáculos à livre prestação de serviços de saúde, e, por outro lado, a tutela e o reforço dos direitos dos doentes em matéria de acesso a cuidados de saúde na UE”²⁸⁴.

Em jeito de conclusão e sob pena de nos estendermos demais num estudo que se pretendia breve, resta fazer referência a alguns riscos que podem decorrer da instituição deste regime em Estados cujos Sistemas de Saúde demonstram discrepâncias entre si.

Em primeiro lugar, os Estados-Membros cujo Sistema de Saúde oferecer melhores e mais rápidos cuidados de saúde, poderá enfrentar um grande número de solicitações de beneficiários que querem receber aí os tratamentos de que necessitam. Isto pode provocar um aumento dos tempos de espera ou uma degradação da qualidade dos serviços por força de uma afluência excessiva a estes. Destarte, a escolha dada aos beneficiários pode culminar no aparecimento de problemas em Sistemas de Saúde em que antes estes não se verificavam²⁸⁵.

Esta busca pelo Sistema de Saúde que ofereça maiores vantagens pode ser instrumentalizada pelos Estados de tratamento. Nesta hipótese, refere ISA ANTÓNIO, há o “risco de os hospitais tenderem a prescrever todo o tipo de tratamento – exames, práticas cirúrgicas ou outros atos médicos – de forma a

²⁸³ Neste sentido, a autora defende que deveria haver maior densificação desses conceitos, dando o exemplo do n.º 4 do art.8.º, onde seria benéfico especificar que essa necessidade decorre não só do estado de saúde da paciente, mas também do estado do próprio SNS. Ou seja, discriminar casos em que o beneficiário tem necessidade de recorrer a prestadores de outros Estados por falta de meios humanos e técnicos ou porque esses cuidados não podem ser prestados em tempo útil. Cfr. LUCIANA SANTOS, *Direito à Saúde...*, *op. cit.*, p.127.

²⁸⁴ Cfr. *ibid.*, p.143.

²⁸⁵ Vide ISA ANTÓNIO, Os Cuidados de Saúde Transfronteiriços: Problemática em torno do Erro Médico. In *UNIO – EU Law Journal*. Vol. 2, n.º 2, 2016, p.181. Disponível em: http://www.unio.cedu.direito.uminho.pt/Uploads/UNIO%20-%202%20Pt/Isa_Antonio_PT.pdf. [Consult. 5 fev. 2020].

aumentar a fatura do Estado de afiliação”²⁸⁶ e com isso potenciar a sua própria economia. Haveria uma perversão dos desígnios que este regime visava servir, transformando o Estado de afiliação numa fonte de rendimento.

A juntar a estes, temos outros perigos que se prendem com a eventual estagnação – propositada – dos Sistemas de Saúde. Os Estados podem desinvestir em melhorias com receio de se tornarem pontos demasiado atrativos para doentes de outros Estados-Membros. Um movimento excessivo de doentes pode, no limite, conduzir a graves problemas de sustentabilidade e diminuição da qualidade e diversidade dos serviços, o que pode gerar fenómenos de seleção adversa, em que há recusa, com violação do princípio da não discriminação, de um indivíduo cuja doença requeira tratamentos mais dispendiosos e com menor retorno financeiro²⁸⁷.

Por tudo o que resultou supramencionado, seria profícua a “a implementação de uma forte regulação independente a nível supra-estadual, que fiscalize as questões relacionadas com a concorrência, com a atuação das entidades seguradoras e dos prestadores privados”²⁸⁸ e também a “criação de fóruns de conciliação inter-estaduais em caso de litígio ou discordância sobre os termos da aplicação dos cuidados médicos aos seus cidadãos, ou sobre o “preço” aplicado num determinado caso”²⁸⁹.

3.5.MEIO AMBIENTE

O ser humano está em permanente interação com o ambiente que o rodeia, influenciando-o e, por sua vez, sendo influenciado pelas condições ao seu redor.

Se para a sociedade atual, esta relação é óbvia e as suas consequências também, tempos houve em que o estado de saúde ou doença não passava por considerações ambientais, sendo antes encarado como tendo raiz em fenómenos sobrenaturais. Até Hipócrates, predominava a crença geral de que as enfermidades eram expressão de um castigo divino, resultado de comportamentos humanos censuráveis.

Foi Hipócrates o primeiro homem a assumir que as condições que nos cercam podem ter impacto na nossa saúde, potenciando ou prejudicando o nosso estado. Daqui decorre a necessidade de adotar

²⁸⁶ Vide *ibid*, p.181.

²⁸⁷ Vide *ibid.*, p. 181.

²⁸⁸ Vide *ibid.*, pp. 181 e 182.

²⁸⁹ Vide *ibid*, p. 182.

medidas que promovam o equilíbrio ambiental como forma de proteger a saúde individual de cada um de nós, mas também a saúde pública como um todo²⁹⁰.

A Agência Portuguesa do Ambiente descreve como sendo “notório um impacto na saúde humana decorrente de factores de risco ambientais tanto ao nível da morbilidade como da mortalidade humana”²⁹¹. Ademais, chama a atenção para a necessidade de ter presentes determinados fatores quando se procede à análise da relação entre o ambiente e a saúde humana, destacando características individuais, como a idade e o estado físico, e outras próprias dos fatores ambientais em estudo, como a intensidade e variabilidade de determinados poluentes.

De facto, mais do que demonstrar a relação entre ambiente e direitos, como o direito à proteção da saúde, de um ponto de vista teórico, urge transportar esses conhecimentos para a realidade, sendo que é da sua aplicação prática que depende a salvaguarda de determinados direitos.

Concretizando esta ideia, é evidente que o ambiente influencia, por estar em constante contacto connosco, a nossa qualidade de vida e o estado da nossa saúde (já que atua sobre os seus condicionantes). No entanto, no atual paradigma de desenvolvimento, este equilíbrio ambiental é relegado para segundo plano, sendo preterido por razões de bom desempenho económico e causando, para além das graves perdas a nível dos ecossistemas e da exploração inoportuna de recursos, uma cada vez mais crescente desigualdade social que põe em risco as necessidades básicas humanas²⁹².

Já no século XX, esta relação foi posta em evidência por diversas entidades e exaltada por diversos instrumentos de direito, nomeadamente “órgãos de direitos humanos das Nações unidas, órgãos regionais de direitos humanos, conferências internacionais sobre o desenvolvimento sustentável, acordos ambientais multilaterais e em estudos académicos”²⁹³.

²⁹⁰ Um exemplo paradigmático nesta matéria é o de Clair Patterson. Nascido em 1922 e um dos principais vultos na área da Geoquímica, foram os seus trabalhos que estiveram em grande medida na base do Clean Air Act. A sua investigação acerca da concentração do chumbo no meio ambiente veio não só contrariar a convicção generalizada de que o chumbo ocorria naturalmente na natureza, como também alertar para os perigos que a alta concentração desse elemento no meio ambiente trazia para a saúde humana. Patterson, que estudava a concentração de chumbo nas rochas a fim de calcular a idade da Terra, percebeu que em rochas mais recentes as concentrações de chumbo eram muito maiores do que nas rochas mais antigas. Para além disso, o próprio ar continha elevadas concentrações desse elemento, assim como as águas, sendo que quanto mais profundas, menor era a concentração. Assim, ele contrariou, com dados exatos, resultantes das suas expedições e medições, a ideia de que a concentração de chumbo tinha sido constante ao longo do tempo, revelando a sua relação com a atividade humana e, mais precisamente, com a adição de chumbo na gasolina utilizada. As conclusões a que chegou valeram a Patterson uma intensa campanha de descredibilização do seu trabalho, movida pela indústria petrolífera. O facto é que, apesar de tudo, as suas ideias vingaram e isso possibilitou a que a contaminação por chumbo, tóxico para o nosso organismo, cessasse, sendo a gasolina com chumbo e outros materiais com este composto, como as tintas, retirados do mercado. Assim se percebe como fatores de natureza ambiental podem traduzir-se em graves custos para a saúde pública. Cfr. DEYSE DANTAS; ROBSON FARIAS, Clair Patterson e o Chumbo Tetraetila. In *História da Química*. Vol. 10, n.º 1, 2015, p. 91 e seguintes. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/291334307_Clair_Patterson_e_o_chumbo_tetraetila. [Consult. 15 fev. 2020].

²⁹¹ Vide AGÊNCIA PORTUGUESA DO AMBIENTE, Resposta para artigo de Saúde Ambiental. In *Jornal Água & Ambiente*, p. 1. Disponível em: <https://docplayer.com.br/16098052-Respostas-para-artigo-de-saude-ambiental-jornal-agua-ambiente.html>. [Consult. 15 fev. 2020].

²⁹² Neste sentido, ANA DE JESUS; BRUNO SILVA, Ambiente, “economia verde” e direitos humanos. In *Análise Social*. N.º 223, 2017, p.310. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aso/n223/n223a03.pdf>. [Consult. 6 jun. 2020].

²⁹³ Vide *ibid.*, p.311.

Dada a existência desse impacto constituir um facto certo para as diversas organizações, nacionais e internacionais²⁹⁴, que se ocupam do tema, e tendo como base a necessidade de contrariar esses efeitos, não só para melhorar a qualidade de vida das gerações atuais como também para obviar a que os efeitos negativos se projetem em gerações futuras, foi criado o Plano Nacional de Acção Ambiente e Saúde 2008-2013 (doravante PNAAS), pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 91/2008.

O PNAAS, quando foi pensado e construído, visava servir vários propósitos. Um deles, o primeiro a ser referido pelo diploma, era atingir “uma melhor compreensão das relações causa-efeito entre os factores ambientais e os respectivos efeitos na saúde humana”. Para isso, o PNAAS, insistia na identificação de factores poluentes e seus indicadores de contaminação em diversos ambientes.

A título de exemplo, olhemos para o ar. Existe um grande número de partículas associadas a diversos problemas de saúde e cuja exposição prolongada pode conduzir a uma redução da esperança média de vida. Consequentemente, interessa identificar esses poluentes, perceber a partir de que concentração há riscos para a saúde pública e monitorizar a concentração desses valores. A Agência Portuguesa do Ambiente é responsável pelo desenvolvimento de sistemas de previsão da qualidade do ar nas diferentes zonas do nosso país²⁹⁵.

O PNAAS estava organizado em 5 Vetores de Intervenção, que implicavam modos de atuação e objetivos muito distintos e se desdobravam, cada um deles, num conjunto de Ações Programáticas e Domínios Prioritários de intervenção, que perfaziam um total de 36. Aos Vetores cabia concretizar a estratégia geral, que passava pela proteção e Promoção da Saúde, Prevenção da Doença, educação para a saúde, exploração da relação entre ambiente e saúde, apelo à participação comunitária e articulação institucional e otimização de recursos. Dentro de cada um deles, as Ações Programáticas representavam medidas mais concretas para conseguir alcançar o propósito do Vetor em que se integravam²⁹⁶.

Verificando agora os dados relativos a Portugal, constatamos que a poluição do ar é uma das principais causas de morte prematura, ainda que estes valores já tenham sido mais preocupantes. Se em 1990 era o oitavo fator de risco que mais contribuía para uma vida mais curta (representando 5,8%

²⁹⁴ A OMS “estima que mais de 1,7 milhões de mortes anuais (18% do total de mortes) na Região Europeia sejam atribuíveis ao ambiente, estimando em um terço a carga total de doença por factores ambientais, para crianças e adolescentes com idades entre 0 e os 19 anos”. Cfr. SANDRA MOREIRA; et al., Os desafios do Plano Nacional de Acção Ambiente e Saúde. Disponível em: https://apambiente.pt/_zdata/Políticas/Ambiente&Saude/EmPortugal/Artigo_Os_desafios_PNAAS.pdf. [Consult. 15 fev. 2020].

²⁹⁵ Foi com o Decreto-Lei n.º 102/2010, de 23 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 43/2015, de 27 de março, e pelo Decreto-Lei n.º 47/2017, de 10 de março, que transpunha a Directiva n.º 2008/50/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 21 de maio, e a Directiva n.º 2004/107/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de dezembro, que se procedeu ao recorte das medidas que iriam promover a qualidade do ar. Este diploma foi amplamente influenciado pelo Programa Clean Air For Europe (CAFE) e por diversos relatórios da OMS, que expunham os impactos negativos da poluição do ar na saúde humana. Encontra-se também em linha com o Sexto Programa Comunitário de Acção em matéria de Ambiente e com o Plano de Acção Europeu Ambiente e Saúde 2004-2010.

²⁹⁶ Cfr. AGÊNCIA PORTUGUESA DO AMBIENTE, Resposta para artigo..., *op. cit.*, p. 5.

dessas mortes), em 2016 é o nono fator mais preponderante, tendo a percentagem de mortes prematuras causadas por esse tipo de poluição baixado para 3,3%²⁹⁷.

Este decréscimo deve-se em parte à grande aposta em energias limpas, o que tem dado uma grande contribuição também a nível das alterações climáticas. No final de 2017, a contribuição das energias renováveis para o consumo final de eletricidade era de 52,12%²⁹⁸.

Para além desta aposta em energias mais verdes, as preocupações com o ambiente e a saúde pública levaram a que se promovesse a criação de mais espaços verdes dentro das cidades e se criassem figuras como a tão conhecida “bandeira azul” nas praias e marinas, que atesta a qualidade das águas e a limpeza do local, funcionando como um incentivo para quem as frequenta. Por outro lado, foram encetados esforços para corrigir situações prejudiciais, como era o caso das construções com recurso ao amianto, ou a desativação das minas de urânio e a luta contra o consumo de peixe contaminado com mercúrio²⁹⁹.

As alterações climáticas, um assunto na ordem do dia, têm também impactos comprovados na saúde, afetando a mortalidade e morbilidade da população e alterando os ciclos biológicos e o comportamento de organismos que poderão ser prejudiciais para a espécie humana, modificando a dinâmica própria da transmissão de determinadas doenças³⁰⁰. Mais do que isso, são uma das maiores ameaças que enfrentamos atualmente.

O direito ao ambiente enquanto direito humano e o impacto do seu desequilíbrio na proteção desses mesmos direitos surge em evidência neste ponto em específico. Basta analisar os dados para se perceber que “nos últimos 25 anos, a taxa de aquecimento global acelerou para cerca de 0.18° c por década, com eventos climáticos extremos a tornarem-se mais intensos e frequentes”³⁰¹ e que “o número de desastres naturais triplicou desde 1960 e, todos os anos, esses desastres resultam em mais de 60 mil mortes, principalmente em países em desenvolvimento”³⁰². A isto somam-se perdas incalculáveis na biodiversidade e uma exploração desenfreada dos vários recursos naturais, que têm efeitos indiretos na saúde humana. A título de exemplo, essa redução da biodiversidade implica uma perda de fontes naturais

²⁹⁷ DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE; INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION, *Portugal: The Nations Health 1990–2016: An overview of the Global Burden of Disease Study 2016 Results*. Seattle: IHME, 2018. Disponível em: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2018/PolicyReport_GBD-Portugal_2018.pdf. [Consult. 15 fev. 2020].

²⁹⁸ INE, Contribuição das energias renováveis para o consumo final de eletricidade (%). Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0007273&selTab=tab0. [Consult. 15 fev. 2020].

²⁹⁹ Cfr. ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS; JORGE SIMÕES, 40 Anos de Abril..., *op. cit.*, p.104.

³⁰⁰ Neste sentido, *ibid.*, p.103.

³⁰¹ Vide ANA DE JESUS; BRUNO SILVA, Ambiente, “economia verde” ..., *op. cit.*, p.309.

³⁰² OMS, Climate Change and Health. Genebra: WHO. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>. [Consult. 21 fev. 2020].

de fármacos e uma produção alimentar deficitária, que acarreta fome e problemas de nutrição, principalmente nos países menos desenvolvidos.

Em Portugal, agravar-se-á o risco de incêndios, bem como os níveis de poluição atmosférica e os normais períodos de secas e cheias. Ora, traduzindo isto em perdas para a saúde humana, espera-se um aumento da mortalidade e morbilidade associada a temperaturas extremas, acompanhada pelo aparecimento de novas doenças. A má qualidade do ar terá efeitos a nível da saúde respiratória e a degradação da qualidade da água, fruto do aumento de temperatura e da maior ocorrência de secas e cheias, vai fazer com que a probabilidade de contrair doenças através dela ou dos alimentos aumente substancialmente³⁰³.

Estas conclusões resultaram em grande medida do programa *SIAM – Scenario, Impacts and Adaptation Measures*, que avaliava os impactos que cada região iria sentir e as medidas que estavam a ser tomadas para os impedir.

De qualquer modo, é bom salientar que foi Portugal, em 1976, o primeiro Estado a prever o “direito a um ambiente de vida humano, sadio e ecologicamente equilibrado e o dever de o defender”, na alínea a) do artigo 66.º da Constituição. Atualmente, este direito ao ambiente está previsto nas Constituições nacionais de dezenas de países, tendo em cada um deles diferentes formulações.

No plano internacional, destaca-se, porque deu uma grande importância à temática ambiental e desenvolvimento sustentável, a Conferência das Nações Unidas para o Ambiente Humano, de 1972.

Desta Conferência resulta, como convicção comum dos que nela participaram, e logo como primeiro princípio:

“o homem tem o direito fundamental à liberdade, à igualdade e ao desfrute de condições de vida adequadas em um meio ambiente de qualidade tal que lhe permita levar uma vida digna e gozar de bem estar, tendo a solene obrigação de proteger e melhorar o meio ambiente para as gerações presentes e futuras”³⁰⁴.

³⁰³ Cfr. ELSA CASIMIRO; JOSÉ CALHEIROS, Human Health. Climate Change in Portugal – SIAM Scenarios – Impacts and Adaptation Measures. Lisboa: F.D. Santos, K. Forbes, R. Moita, 2002, 262. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/260554169_Climate_Change_in_Portugal_-_SIAM_Scenarios_-_Impacts_and_Adaptation_Measures>. [Consult. 23 fev. 2020].

³⁰⁴ ONU, Declaração da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano. 1972. Disponível em: https://apambiente.pt/_zdata/Políticas/DesenvolvimentoSustentavel/1972_Declaracao_Estocolmo.pdf>. [Consult. 3 mar. 2020].

Através desta formulação estabelece-se um direito fundamental, mas, por outra banda, o dever de preservar esse ambiente de forma a que este possa fornecer os recursos necessários também às gerações futuras. Quanto a esta última consideração, ela constitui aliás um dos grandes princípios em direito do ambiente, a responsabilidade intergeracional.

Anos mais tarde, da Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, surge o relatório Brundtland, que viria a reforçar ainda mais a amplitude e centralidade deste princípio. Aliás, as ideias que derivaram deste relatório foram um ponto de referência para os passos seguintes, nomeadamente na Conferência da Terra no Rio de Janeiro, em que mais uma vez se punha acento tónico num desenvolvimento sustentável que traria benefício a todos e numa gestão ambiental eficaz.

Era cada vez mais claro que quando se falava em direitos humanos não se podia ignorar a componente ambiental, tendo esta preocupação manifestações em duas frentes que passaram pela “adoção de um novo direito explícito a um ambiente caracterizado como saudável, seguro, satisfatório ou sustentável; ou uma maior atenção na relação entre o ambiente e direitos já reconhecidos, como o direito à vida e à saúde”³⁰⁵.

Deste modo, é possível perceber que atualmente os Estados tenham, aquando da prossecução de determinadas atividades de desenvolvimento económico, de respeitar determinadas obrigações ambientais. Esta assunção de obrigações faz sentido não só pelos danos ambientais diretos que são gerados, mas também pelas perdas a nível de direitos humanos que daí resultam. Apesar disto, muitas vezes verifica-se que os Estados não respeitam essas obrigações, ou porque não as reconhecem, ou porque desconhecem o seu alcance e conteúdo exato.

Esta avaliação do impacto de determinadas ações deveria ser aperfeiçoada, até porque muitas vezes os direitos que mais suscetíveis são a estes danos são direitos como o direito à vida ou o direito à saúde e propriedade, direitos substantivos com estatuto de direito fundamental³⁰⁶. Determinados direitos, de

³⁰⁵ Vide ANA DE JESUS; BRUNO SILVA, Ambiente, “economia verde” ..., *op. cit.*, p.314.

³⁰⁶ A título de exemplo, e no que respeita às alterações climáticas, percebemos que as dificuldades muitas vezes começam até no estabelecimento do nexo de causalidade. É impossível atribuir este fenómeno a uma atividade ou setor em específico e isto impede que se apurem responsabilidades pelos direitos que saem lesados. De facto, é até extremamente difícil apurar quais os Estados que desenvolveram atividades que conduziram à atual situação. Muitas vezes, os agentes que despoletam determinado fenómeno estão distantes do local onde este se manifesta. Aliás, outra das dificuldades resulta também de apurar que direitos foram postos em causa em virtude de acontecimentos cuja raiz está precisamente nessas alterações climáticas ou se, pelo contrário, o acontecimento que esteve na sua base foi uma manifestação climática que, ainda que excecional, nada teve a ver com esse fenómeno. A agravar o que dissemos, acontece que não raramente os direitos que são mais vulneráveis a estas flutuações climáticas são, simultaneamente, aqueles cujo direito internacional mais dificuldade tem em garantir a aplicação. Falamos de direitos humanos como os direitos dos migrantes ou os direitos de proteção em situações de conflito. Dado o grau de desenvolvimento que estas questões reclamam, relegamos para momento posterior o seu estudo mais exaustivo. Cfr. ANA DE JESUS; BRUNO SILVA, Ambiente, “economia verde” ..., *op. cit.*, p.320.

índole mais processual, suportam melhor esses danos, ou seja, conseguem conviver com estados de degradação ambiental sem que o seu conteúdo sofra alterações relevantes³⁰⁷.

É importante que os Estados estejam na primeira linha no que toca a esta proteção. Todavia, isto não implica que estes deixem de prosseguir toda e qualquer atividade que possa acarretar danos ambientais, antes resulta na necessidade de o Estado avaliar e estabelecer o equilíbrio entre as políticas públicas que quer desenvolver, gerindo a exploração dos recursos naturais ao seu dispor, e o nível de proteção ambiental que quer assegurar. O ideal seria chegar a uma situação de sustentabilidade, em que o ambiente tivesse a capacidade de se regenerar ao mesmo tempo que os direitos dos indivíduos não eram postos em causa.

Este conceito a que agora apelamos, a sustentabilidade, deve pautar áreas como a economia e o direito. De facto, a cada vez mais falada “economia verde” nada mais é que um “conceito operacional que visa a construção de um modelo socioeconómico com capacidade para assegurar, simultaneamente, o crescimento e desenvolvimento económico, uma melhoria das condições de vida das populações, mais emprego, redução das desigualdades e da pobreza, e a preservação do “capital natural””³⁰⁸.

Esta noção não vem substituir o conceito de desenvolvimento sustentável, sendo antes um complemento que apela à adaptação e inovação da economia global às problemáticas ambientais e climáticas, já que reconhece a interdependência entre as questões ambientais e sociais³⁰⁹.

Talvez a forma mais eficaz de encarar este problema passe até por uma abordagem que tome como ponto essencial os direitos humanos, já que a inação que se verifica neste campo resulta em grande parte da falta de danos palpáveis. Ou seja, fazer desta uma questão de direitos humanos pode ajudar a que haja uma atuação mais preventiva a este nível, potenciando a que os agentes políticos tratem como prioridade esta questão. Por outras palavras, tornar esta uma questão de direitos humanos altera o seu foco, centrando-a no ser humano, o que lhe confere um maior grau de visibilidade.

Todavia, podemos desde logo questionar-nos sobre o que cabe dentro deste conceito de direitos humanos. Quando analisamos a Declaração Universal dos Direitos Humanos não há uma referência expressa à questão ambiental. Contudo, nada obsta à introdução de considerações ambientais ou climáticas quando se abordam preocupações com as necessidades básicas humanas. Por outras palavras, considera-se que o carácter expansivo do conceito de direitos humanos, que tem permitido

³⁰⁷ Neste sentido, *ibid.*, p.315.

³⁰⁸ *Vide* ANA DE JESUS; BRUNO SILVA, Ambiente, “economia verde” ..., *op. cit.*, p.318.

³⁰⁹ A título de exemplo, a luta pelos recursos naturais sempre foi um ponto de tensão e conflito. Quando estes escasseiam, é indiscutível o impacto que essa disputa tem sobre o ponto de vista social e económico, acabando por afetar os direitos humanos.

aliás acomodar um conjunto crescente de interesses e beneficiários cada vez mais diversificado, permite que sejam integradas nele as questões ambientais³¹⁰.

Pelo que até aqui foi exposto, podemos indagar se uma intervenção meramente económica pode contornar este problema ou se, a par desta, será de considerar uma intervenção social mais ampla.

Parece-nos que a solução tem de envolver duas frentes. Por um lado, penalizando do ponto de vista jurídico, através do pagamento de impostos ou taxas, os operadores económicos que sejam responsáveis por externalidades negativas que culminam em danos ambientais com projeção sobre terceiros. Por outro, e colhendo uma abordagem mais sistémica, deve haver envolvimento de todos os membros da comunidade, apelando à alteração de comportamentos e mentalidades que permitam reduzir o aparecimento e o impacto desses danos.

Invocando mais uma vez o conceito de “economia verde”, as soluções avançadas para a resolução destes problemas dependem da escola de pensamento que seja tomada em conta. Dentro da noção ampla de “economia verde” encontramos concepções de sustentabilidade diferentes entre si, principalmente no que toca ao carácter contornável ou incontornável que é atribuído à degradação ambiental.

Deste modo, se tivermos uma perspetiva mais ligada à economia ambiental, consideramos que nada impede que haja desenvolvimento económico e se mantenha o grau de sustentabilidade ambiental desejável. Nesta escola de pensamento, admite-se a substituição do capital natural por capital humano. A degradação ambiental é, de facto, um problema a ter em conta nesta corrente, mas não se apresenta como nada de irreversível. Aliás, a degradação das condições ambientais é só mais um argumento a favor do progresso tecnológico, já que se assume que só este poderá fornecer ferramentas técnicas eficazes para repor condições ambientais favoráveis.

Se, por outra banda, apelarmos ao entendimento defendido pela economia ecológica, o capital humano e o capital natural complementam-se, mas há limites para a inovação tecnológica que radicam no facto de a degradação ambiental ser, em alguns aspetos, irreversível.

Em jeito de conclusão, e não querendo adiantar aquilo que constituirá objeto de estudo na Parte II, impõe-se uma ação jurídica mais ousada no que toca às matérias que constituem pontos de contacto

³¹⁰ Cfr. *ibid.*, p.310.

íntimo entre ambiente e saúde. Elencadas algumas, resta deixar a nota que haveria muitas mais sobre as quais nos poderíamos debruçar.

4. MISSÃO DE SAÚDE PÚBLICA: INDICADORES PARA DESAFIOS FUTUROS

4.1. REFORÇO DA PREVENÇÃO: CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os cuidados de saúde primários representam o primeiro contacto do doente com o Sistema de Saúde, sendo que, por marcarem este primeiro momento, desempenham um papel de suma importância no decorrer da prestação global de saúde³¹¹.

Para além de representarem este primeiro nível, a Declaração de Alma Ata destaca ainda que estes cuidados “fazem parte integrante tanto do Sistema de Saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e económico global da comunidade”³¹². Ou seja, para além desta dimensão de proximidade da comunidade com o seu Sistema Nacional de Saúde, os cuidados de saúde primários refletem e influenciam aquelas que são as condições sociais, políticas e económicas de cada Estado.

Daí que os cuidados primários não tenham apenas uma vertente de cura, atuando também ao nível da educação para a saúde, na medida em que estabelecem, no seio da comunidade onde atuam, quais os principais determinantes do estado de saúde e informam a população, contribuindo para a Promoção da Saúde e Prevenção da Doença. Paralelamente, asseguram a qualidade do saneamento básico e o fornecimento de medicamentos a essa população³¹³.

Por tudo o que foi dito, podemos concluir que, quanto maior a eficiência com que os recursos são alocados neste âmbito, mais qualidade terá o Sistema de Saúde do Estado em causa, uma vez que uma atuação local eficaz não só tem impacto direto na saúde da população – numa perspetiva de tratamento e cura – como outras manifestações que, ainda que à primeira vista se afigurem como secundárias, não são menos importantes – falamos de uma prestação de cuidados que tem em conta, porque as conhece,

³¹¹ Neste sentido, RUI NUNES, *Regulação...*, *op. cit.*, p.72

³¹² OMS; UNICEF, Declaração de Alma-Ata. 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. [Consult. 10 mar. 2020].

³¹³ Neste sentido, *ibid.*

as características de uma dada comunidade e que incita a participação dessa comunidade na Prevenção da Doença³¹⁴.

O facto de abranger pontos de atuação tão diferentes requer que os profissionais que prestam esses cuidados atuem integrados numa equipa multidisciplinar, que contemple profissionais de vários ramos relacionados com a saúde, como psicólogos e assistentes sociais³¹⁵.

A figura central desta equipa é o “clínico geral”, que gere o doente e coordena o trabalho da equipa. As suas funções passam por aconselhar o utente em matérias de planeamento familiar ou quanto a questões relacionadas com a própria Prevenção da Doença e vigilância da saúde, enquanto acompanha essa vigilância através de avaliações periódicas. A par disto, desempenha uma função de direcionamento do doente para médicos de outras especialidades, o que requer uma avaliação prévia sobre a condição do indivíduo.

No fundo, acaba por ser o profissional responsável por tratar situações que “não exijam elevada tecnologia e sim um conhecimento abrangente e continuado do doente e suas circunstâncias, desenvolver e promover atividades de prevenção bem como referenciar doentes para outros níveis de cuidados sempre que tal se justifique”³¹⁶.

Para RUI NUNES, este clínico geral desempenha tarefas de duas dimensões: ora procura dar tratamento adequado aos problemas de saúde que os doentes lhe apresentam, ora atua como *controlador e distribuidor* dos utentes para as especialidades adequadas ao seu tratamento e cura, conduzindo o seu percurso para os cuidados de saúde secundários e terciários³¹⁷.

Antes de encetar a análise das políticas de prevenção de saúde no nosso ordenamento, seria importante estabelecer as bases fundamentais que possibilitam esta ação preventiva, realizada mormente pela atuação dos Centros de Saúde, pontos de contacto essenciais entre as populações e o Sistema de Saúde.

Desde a sua criação, em 1971, pelo Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro, os Centros de Saúde foram já reformulados várias vezes. Desse diploma resultava a criação de uma rede de cuidados

³¹⁴ Segundo RUI NUNES, o âmbito de atuação destes cuidados de saúde é muito vasto, começando pela educação para a Promoção da Saúde e Prevenção da Doença, - dando especial atenção às doenças mais frequentes naquela comunidade e aos fatores que as originam - passando pelos cuidados materno-infantis, educação sexual e planeamento familiar, e alcançando áreas como a nutrição, condições sanitárias básicas e garantia de acesso a medicamentos necessários. Para além disso, não esquecer que são os responsáveis pela implementação do programa de vacinação obrigatório. Cfr. RUI NUNES, *Regulação...*, *op.cit.*, p.74.

³¹⁵ Só assim se consegue assegurar uma abordagem completa e transversal aos problemas de saúde daquela comunidade e atuar sobre os determinantes desses estados de saúde.

³¹⁶ Vide PEDRO PITA BARROS, *Economia da Saúde*, *op. cit.*, p.303.

³¹⁷ Cfr. RUI NUNES, *Regulação...*, *op. cit.*, p.75.

de saúde primários cuja base seriam esses Centros de Saúde. Para além disso, desempenhavam também funções de assistência sanitária.

Esses Centros de Saúde procuravam, através da sua distribuição, cobrir o maior número de zonas possível. No fundo, o que se pretendia era a “criação de uma estrutura de serviços subordinados a uma política unitária de saúde com capacidade para, paulatinamente, em esforço conjunto com outros serviços, assegurar ao utente do Serviço Nacional de Saúde, um considerável e digno grau de qualidade de cuidados médicos”³¹⁸.

Esta dinâmica foi alvo de várias reformulações, entre elas a trazida através do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio, em que os Centros de Saúde surgiam inseridos, orgânica e funcionalmente, nas ARS, tendo ainda assim autonomia – técnica, financeira e administrativa – e património próprio³¹⁹.

Em todo o caso, o regime instituído pelo suprarreferido diploma sujeitou a atuação destas entidades à tutela e superintendência do Ministro da Saúde, como pessoas coletivas públicas – e já não como meros serviços integrados nas ARS³²⁰.

Olhando o regime atual³²¹, podemos ver que dentro da noção de Centro de Saúde, existem diversas tipologias, cujas diferenças residem essencialmente na natureza jurídica e formas de organização que revestem.

Dentro do SNS, podemos fazer uma distinção entre os centros de saúde, que podem aparecer individualmente ou sob a forma de agrupamento (doravante ACES³²²), integrados nas diferentes ARS enquanto meros serviços desconcentrados e sem personalidade jurídica (o que corresponde à sua forma tradicional) e aqueles que são parte das Unidades Locais de Saúde, juntamente com os estabelecimentos hospitalares.

Fora do contexto do SNS, mas integrando o Sistema de Saúde Português, temos os centros de saúde com gestão concessionada por via de contratos de gestão, o cuja origem remonta ao Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Paralelamente a estes, encontramos aqueles que estão, devido a contratos de colaboração³²³, incluídos em estabelecimento de entidades privadas, que podem ou não ter fins

³¹⁸ Vide ISA ANTÓNIO, As parcerias público-privadas no sector da saúde: o advento do Estado mínimo..., *op. cit.*, p.522.

³¹⁹ Cfr. ISA ANTÓNIO, As parcerias público-privadas no sector da saúde: o advento do Estado mínimo... *op. cit.*, p.523.

³²⁰ Cfr. MARIA JOÃO ESTORNINHO; TIAGO MACIEIRINHA, Direito da Saúde, *op. cit.*, p.148.

³²¹ Após a sua instituição, em 1999, e até chegarmos ao regime atual, que vigora desde 2008, houve mudanças que acabaram por ser afastadas. Aliás, houve inclusive um período em que os centros de saúde voltaram a ser considerados serviços sem personalidade jurídica, pelo Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril. Este modelo acabou por ser afastado dois anos depois, em 2005, onde se recuou ao regime anterior, de 1999.

³²² Quanto aos ACES, todos estão integrados nas ARS, institutos públicos, que exercem sobre eles, enquanto serviços desconcentrados, poderes de direção, como resulta do n.º 3 do art. 2.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Estão organizados em unidades funcionais, compostas pelos diferentes centros de saúde que os compõem, como consta do n.º 1 do art. 2.º do já referido diploma.

³²³ Previstos no Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto.

lucrativos, e que compõem parte da rede de cuidados de saúde primários. Por último, resta referir que existem, embora dependentes de autorização da ARS onde se integram e funcionalmente ligados a ela, postos médicos privativos de empresas, que se dedicam à prestação de cuidados de saúde primários aos seus trabalhadores. O regime destes últimos é-nos dado pela Portaria n.º 427/2009, de 23 de abril³²⁴.

Quanto à organização destes elementos, iremos dar maior relevância aos ACES, pela importância vital que revestem no atual paradigma de saúde português.

O art. 2.º do Decreto-Lei n.º 28/2008³²⁵, de 22 de fevereiro, estabelece desde logo a sua natureza jurídica, apontando-os como serviços desconcentrados das ARS, cuja individualização é dada através da sua nomenclatura e âmbito geográfico. Para além disso, estão organizados por unidades funcionais que prestam cuidados de saúde, elencadas no art. 7.º, tendo cada uma delas propósitos e estruturas próprias.

O que interessará sobretudo referir, dado o objeto de estudo, é a sua missão e atribuições. Quanto a este ponto, refere o n.º 1 do art. 3.º que a sua missão passa por “garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica”, exaltando desde logo o elemento geográfico como delimitador da sua atuação³²⁶. Desta demanda, nasce um conjunto de atividades, indicadas no n.º 2, que passarão pela Promoção da Saúde e Prevenção da Doença, a par da prestação de cuidados já na fase seguinte, em que a doença surge. Por último, no n.º 3 do mesmo artigo, são enumeradas outras funções que também cabem dentro do seu âmbito de atuação, tais como “atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua”.

Dadas as especificidades de cada uma das unidades funcionais que compõem estes agrupamentos, e porque não têm relação direta com o estudo que se pretende efetuar, mencionaremos apenas com maior pormenor as Unidades de Saúde Pública, em virtude das funções que desempenham como promotoras de saúde pública.

Neste âmbito, as suas competências passam pela elaboração de planos de saúde pública e controlo epidemiológico. Paralelamente, contribuem para a Promoção da Saúde e Prevenção da Doença, através de programas de intervenção e da elaboração de informação sobre essas temáticas, o que contribui para

³²⁴ Cfr. MARIA JOÃO ESTORNINHO; TIAGO MACIEIRINHA, *Direito da Saúde*, *op. cit.*, p.149.

³²⁵ Este diploma foi alvo de sucessivas alterações, sendo que a última teve lugar em 2015.

³²⁶ Apesar de o número máximo de ACES ter sido estipulado em Decreto-Lei, no n.º 1 do art. 4.º, e posteriormente alterado pelo Decreto-Lei n.º 253/2012, de 27 de novembro, reorganizando-se e reduzindo-se o número máximo por razões de economia de recursos, é também nessa norma que se remete a delimitação geográfica de cada um deles para portaria, sendo que acabou por ser definida pela Portaria n.º 273/2009, de 18 de março.

um aumento dos níveis de literacia em saúde na população sobre a qual atuam³²⁷. De salientar que, entre os vários profissionais que compõem estas unidades, encontram-se técnicos de saúde ambiental.

Simultânea à atuação destes agrupamentos, será pertinente exaltar o papel que as Unidades de Saúde Familiar (doravante USF) desempenham na prestação de cuidados de saúde.

As USF trabalham em estreita ligação com a comunidade, sendo que a sua atuação é pautada pela formalização (anual) de um compromisso assistencial, que não prescinde de um encontro de vontades, mencionado no n.º 3 do art.6.º entre o coordenador da USF e o ACES. Neste, define-se um plano de ação e os recursos que estarão afetos a esse mesmo plano, entre outros aspetos mais específicos relacionados com o funcionamento dos serviços e as condições em que este se processa³²⁸.

Todos estes elementos resultam do art.6.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto. No n.º 5 do mesmo artigo, refere-se ainda o carácter dinâmico e adaptável deste compromisso, uma vez que o seu conteúdo está dependente da população alvo, das suas características e necessidades, mas também de outras variantes, como os períodos de funcionamento e cobertura assistencial e de atividades da carteira adicional de serviços³²⁹.

Por fim, e de forma a concluir este estudo prévio sobre as principais entidades que asseguram a prestação de cuidados de saúde primários no nosso país, resta fazer uma breve referência às Unidades Locais de Saúde, E.P.E., (doravante ULS), cujas características são bastante diferentes daquelas que foram sendo até aqui analisadas.

Em primeiro lugar, não há um regime jurídico que seja aplicável a todas elas. Daqui decorre que quando o Governo pretende criar uma ULS nova, facto que tem de estar vertido num Decreto-Lei, é desse ato legislativo que marca a sua criação que decorrem também os estatutos que irão pautar o seu funcionamento daí em diante³³⁰.

Outra das características que diferenciam esta das demais figuras decorre do facto de estas não prestarem apenas cuidados de saúde primários visto que para além dos Centros de Saúde, integram

³²⁷ Neste sentido, MARIA JOÃO ESTORNINHO; TIAGO MACIEIRINHA, *Direito da Saúde*, *op. cit.*, p.158.

³²⁸ Cfr. MARIA JOÃO ESTORNINHO; TIAGO MACIEIRINHA, *Direito da Saúde*, *op. cit.*, p.159.

³²⁹ Para além da carteira básica de serviços, podemos encontrar casos em que há lugar à elaboração de uma carteira adicional de serviços, desde que não ponha em causa objetivos que se pretende prosseguir com a primeira. Esta carteira adicional pode, como se torna evidente por leitura do n.º 6 do artigo referido anteriormente, versar sobre uma grande panóplia de matérias, colaborando com outras unidades funcionais do centro de saúde que incidam sobre, a título de exemplo, saúde escolar, situações de risco de exclusão social e atendimento a jovens e adolescentes.

³³⁰ Ainda que não haja um regime unitário definido, os diplomas que estão na base da criação de cada uma destas figuras não apresentam diferenças acentuadas entre si. Para além disso, também não cobrem todo o território nacional, sendo que atualmente existem oito – ULS de Castelo Branco, E.P.E.; ULS de Matosinhos, E.P.E.; ULS do Alto Minho, E.P.E.; ULS da Guarda, E.P.E.; ULS do Nordeste, E.P.E.; ULS do Litoral Alentejano, E.P.E.; ULS do Baixo Alentejo, E.P.E. e ULS do Norte Alentejano, E.P.E. *Vide* MINISTÉRIO DA SAÚDE, Serviço Nacional de Saúde: Entidades de Saúde. Lisboa: SPMS. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/institucional/entidades-de-saude/>. [Consult. 14 mar. 2020].

também Hospitais, que prestam cuidados de saúde diferenciados. Para MARIA JOÃO ESTORNINHO e TIAGO MACIEIRINHA, estas ULS oferecem uma *gestão integrada da oferta* podendo ser vistas como uma “rutura com o modelo tradicional assente na separação da gestão dos cuidados primários e dos cuidados hospitalares”³³¹.

Assim, para estes autores, as ULS introduziram no nosso Sistema de Saúde um novo nível que se situa entre as ARS e os serviços prestadores de cuidados primários e diferenciados, agregando hospitais E.P.E. e Centros de Saúde³³² dentro da sua dinâmica.

De todo o modo, e agora que traçamos as principais linhas caracterizadoras dos cuidados de saúde em Portugal, seria proveitoso voltar o olhar para os aspetos que podem ser melhorados.

4.1.1. UTILIZAÇÃO ABUSIVA DOS CENTROS DE SAÚDE

Os Centros de Saúde, enquanto parte integrante dos Sistemas Locais de Saúde³³³, têm, como aliás já vem sendo adiantado, de entre outros objetivos, o propósito de assegurar um acesso eficaz aos cuidados de saúde por parte daqueles que os precisam. Nesse sentido, é neles que o utente encontra muitas vezes o seu primeiro contacto com o Sistema de Saúde, sendo que pode depois ser orientado para cuidados especializados, em função dos tratamentos que necessite de receber.

O desejável seria que a estes Centros recorressem somente aqueles que tivessem um motivo válido para tal, de forma a não sobrecarregar estas instituições às quais, para além desse propósito, cumprem outros não menos importantes, relativos à educação para a saúde e a Prevenção da Doença.

Todavia, o que se verifica é que os utentes utilizam os Centros de Saúde de forma abusiva e pouco controlada. De forma a racionalizar essa procura introduziram-se alguns mecanismos, como a cobrança de taxas – taxas moderadoras – que, pelo seu baixo valor³³⁴, não colocavam em risco o direito de acesso aos serviços de saúde, mas que poderiam funcionar como um desincentivo, naqueles casos em que o recurso a estes cuidados não era de facto necessário³³⁵.

³³¹ Vide MARIA JOÃO ESTORNINHO; TIAGO MACIEIRINHA, Direito da Saúde, *op. cit.*, p.162.

³³² Este raciocínio permite-nos fazer uma distinção fundamental entre os Centros de Saúde que fazem parte das ARS, e que existem enquanto serviços desconcentrados desta, pertencentes ao sector público administrativo, e os Centros de Saúde que integram as ULS, pertencentes ao sector empresarial do Estado.

³³³ Assim resulta do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio, que estabelece o regime dos Sistemas Locais de Saúde.

³³⁴ Conforme resulta do artigo 3.º da versão atualizada do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, este valor deve ser aprovado “por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde”. Não seria admissível que o valor associado a essas taxas fosse superior àquele que é estritamente necessário para racionalizar o acesso aos cuidados de saúde.

³³⁵ Cfr. RUI NUNES, Regulação..., *op. cit.*, p.89.

O regime das taxas moderadoras³³⁶ é caracterizado por várias situações de isenção de pagamento, que não é automática, ou de comparticipação, sendo que o critério seguido para estabelecer este tipo de benefícios assenta em razões de duas ordens – “situações clínicas relevantes de maior risco de saúde ou situações de insuficiência económica”³³⁷.

A cobrança destas taxas faz-se no momento em que ocorre a realização das prestações de saúde, podendo esta cobrança ser dispensada quando esteja em causa uma das prestações elencadas no artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, que regula o acesso às prestações do Serviço Nacional de Saúde por parte dos utentes no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios.

São cada vez mais as vozes que advogam a abolição destas taxas, sendo que, como argumento principal, aponta-se principalmente a possibilidade de representarem um encargo para os utentes, funcionando como um entrave ao acesso aos serviços de saúde. Este potencial efeito inibidor tem servido de motor para toda a discussão, no entanto, somos da opinião que a taxa moderadora, dado o seu valor simbólico e o âmbito subjetivo de aplicação das isenções e benefícios, não restringe o acesso a esses cuidados de saúde nos casos em que estes são de facto necessários. Quanto muito, limitará o acesso em situações onde esse é inútil.

Aliás, e admitindo que o acesso abusivo aos Centros de Saúde é uma realidade e comporta custos económicos que seriam evitáveis, talvez estas taxas³³⁸, cujo valor é baixo, não se traduzam num “obstáculo *excessivo* ao direito fundamental de acesso ao Serviço Nacional de Saúde”³³⁹.

Em alternativa, há quem aponte caminhos que passam por uma seleção daqueles a quem deve ser cobrada tal taxa com base num critério de utilidade do serviço prestado. Dito de outro modo, caberia o pagamento da referida taxa somente àqueles que utilizassem os serviços de saúde de modo irresponsável e abusivo, ou seja, sem fundamento válido³⁴⁰.

³³⁶ Devemos ter presente que as taxas moderadoras são verdadeiras taxas, ainda que sirvam o propósito de moderar o acesso aos serviços de saúde. A sua cobrança faz-se sempre por referência a uma determinada prestação tendo, portanto, um carácter bilateral – e não unilateral, como os impostos. Será também porventura importante referir que a cobrança destas taxas respeita a “tendencial gratuitidade” no acesso aos serviços de saúde, que encontra proteção constitucional no artigo 64.º, já que o seu baixo valor, juntamente com o regime de isenções e benefícios, faz com que se evitem gastos inúteis. Ademais, a própria jurisprudência do Tribunal Constitucional admite, à luz do artigo 64.º, a fixação destas taxas, desde que estas não visem transferir o custo dos serviços de saúde para aquele que os recebe. Cfr. MARIA JOÃO ESTORNINHO; TIAGO MACIEIRINHA, *Direito da Saúde*, *op. cit.*, pp.256 e 257.

³³⁷ Conforme retiramos do artigo 1.º da versão atualizada do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro. A delimitação do âmbito subjetivo destas isenções surge depois no artigo 4.º e, de forma a estabelecer as situações que configuram insuficiência económica, o artigo 6.º.

³³⁸ É relevante não esquecer que, sendo uma taxa, o seu valor terá de obedecer aos princípios da proporcionalidade e equivalência. Ademais, admite-se como efeito secundário, mas inevitável, a arrecadação de receita pelo Estado em virtude da cobrança da taxa. Este efeito admite-se pelo seu carácter colateral. No entanto, este não poderia ser o objetivo central. A este respeito, defendem MARIA JOÃO ESTORNINHO e TIAGO MACIEIRINHA que “já não se admite que, ao invés de moderar, o seu sentido principal passe a ser o de financiar o Serviço Nacional de Saúde ou o de transferir o custo das prestações para o utente”. *Vide* MARIA JOÃO ESTORNINHO; TIAGO MACIEIRINHA, *Direito da Saúde*, *op. cit.*, p.257.

³³⁹ Cfr. *ibid.*, p.258.

³⁴⁰ Cfr. *ibid.*, p.258.

Para PEDRO PITA BARROS, as taxas moderadoras contrariam a tendência de consumo excessivo, mas não se deve descurar outros instrumentos cujo impacto pode ser tão ou mais eficaz³⁴¹.

Neste sentido, a forma como o próprio sistema está organizado pode moldar o comportamento dos utentes. No caso do Sistema de Saúde Português, este parte do “princípio de que o primeiro contacto do cidadão com os serviços de saúde deve ser um médico de medicina geral e familiar, o médico de família, que depois determina meios complementares de diagnóstico e/ou a necessidade de consultar um médico especialista”³⁴². Ou seja, evita-se o recurso direto a médicos especialistas, e os custos associados, quando não haja necessidade para tal.

Este mecanismo, de cariz não monetário, acaba por limitar o acesso a médicos especialistas e a meios complementares de diagnóstico, mas em nada contribui para minorar o acesso indevido aos Centros de Saúde.

4.1.2. MAIOR APOSTA NA PREVENÇÃO

Há determinadas características dos Sistemas de Saúde que podem contribuir para que estes não sejam tão eficientes de um ponto de vista de equidade e justiça social. Normalmente, estes problemas estão também associados a uma menor taxa de sustentabilidade do sistema, sendo que a evidência mostra que “o Sistema de Saúde, em qualquer parte do mundo e não só em Portugal, é um dos fatores de insustentabilidade do próprio sistema, inclusive o económico”³⁴³.

Assumindo isto, é fundamental que haja um esforço no sentido de tornar o Sistema de Saúde cada vez mais eficiente, reformando o modo como os cuidados são prestados e garantindo a sustentabilidade do sistema.

De acordo com a posição preconizada por PEDRO PITA BARROS, os Centros de Saúde funcionam em três frentes: como movimento assistencial, referenciação para os hospitais e atividades de prevenção.

³⁴¹ PEDRO PITA BARROS chama a atenção para o modo de pagamento nos cuidados de saúde primários, assumindo que o modelo escolhido traz consequências a nível do acesso a esses cuidados. Por exemplo, no caso de Estados que possuam um Serviço Nacional de Saúde, à semelhança do nosso, tem-se optado por sistema de pagamento por capitação. Nestes casos, o pagamento às unidades de saúde é feito em função da população que se encontra abrangida por essa mesma unidade, ou seja, por cada utente. Mas há outras formas. Há quem advogue que o montante que os clínicos gerais deveriam receber devia ter como medida a quantidade de atos clínicos por eles realizado, o que aumentaria a sua atividade. De facto, se utilizarmos como critério o número de utentes por médico, sem que relevem os serviços que lhes foram prestados, podemos estar a potenciar situações em que o médico selecione aqueles que são, à partida, mais saudáveis. Assim, ainda que possua uma vasta lista de utentes, a sua atividade pode ser baixa. Esta situação não é desejável. Do ponto de vista da eficiência, o modelo misto, em que estes dois fatores são levados em consideração para cálculo do rendimento do profissional, parece ser aquele que traz melhores resultados. Cfr. PEDRO PITA BARROS, *Economia da Saúde*, *op.cit.* p.304.

³⁴² Cfr. *ibid.*, p.25.

³⁴³ Vide LUÍS MORAIS, *Redefinição dos cuidados de saúde em Portugal*. In *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 34, n.º 3, 2016, p. 197. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpdp/v34n3/v34n3a01.pdf>. [Consult. 20 mar. 2020].

Ainda que possam desenvolver ações que se voltem mais especificamente para um destes propósitos, eles devem ser encarados como complementares, sendo fortemente influenciados pela própria eficiência do Sistema de Saúde³⁴⁴.

No que respeita à prevenção, há ainda um longo caminho a percorrer. Em parte, podemos assumir que o facto de ser uma vertente em que se exige um maior grau de envolvimento da população, que nem sempre revela o interesse desejado, pode ser uma das causas para que tal aconteça. Enquanto que na componente de referenciação para os hospitais o que se exige é um esforço de coordenação e capacidade de comunicação entre os Centros de Saúde e os Hospitais, entidades que procuram a eficiência e a redução dos custos, na prevenção a relação estabelece-se entre os Centros de Saúde e a população sobre a qual atuam³⁴⁵.

Sobre este ponto, seria interessante que a abordagem ao planeamento de políticas de Prevenção da Doença combinasse o necessário diagnóstico epidemiológico com uma participação ativa da comunidade.

Existem modelos, como o modelo *Planned Approach to Community Health* (doravante PATCH), que combinam de um modo bastante efetivo estas duas componentes. O PATCH é uma combinação de cinco fases, que inicia precisamente por uma mobilização da comunidade, que permite depois uma recolha de dados relativos a esses indivíduos. Após recolher e organizar esses dados, será mais simples escolher quais os pontos prioritários de atuação e, com base neles, desenvolver um plano de intervenção integrado, que culmina com uma avaliação de resultados³⁴⁶.

A dinâmica inerente a este modelo leva-nos a concluir que quanto maior for a participação ativa da comunidade nesse “diagnóstico social”, mais exatos serão os dados obtidos e mais eficazes serão os planos de intervenção adotados.

“As diferenças e especificidades de uma comunidade têm, obrigatoriamente, de ser consideradas para a construção de um consenso para a intervenção a partir das necessidades percebidas pela comunidade, das necessidades reconhecidas

³⁴⁴ Neste sentido, PEDRO PITA BARROS, *Economia da Saúde*, *op. cit.*, p.306.

³⁴⁵ Cfr. *ibid.*, p.306.

³⁴⁶ Vide ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, *Promover a saúde...*, *op. cit.* p.291.

pelos profissionais de saúde (“necessidades reais”), dos recursos e potencialidades existentes”³⁴⁷.

À partida, havendo uma fase de diagnóstico correta, em que a comunidade auxilia na identificação dos principais problemas e objetivos a alcançar, a implementação de programas voltados para esta Promoção da Saúde e Prevenção da Doença será mais adequada, o que, inevitavelmente, se traduz em maiores ganhos em saúde.

Além disso, tem de se ter presente que esses ganhos não se restringem somente às melhorias no estado de saúde da população que se tenham verificado entretanto. Há fatores que também devem ser levados em conta, por exemplo, se com esses programas se conseguiu reduzir as desigualdades existentes

No futuro, será interessante criar, com recurso às tecnologias informação, bases de dados que contenham informação que possa auxiliar a prestação destes cuidados, nomeadamente a “utilização de dados e de modelos matemáticos de análise para identificar os cidadãos que serão os utilizadores mais intensivos de cuidados de saúde, de forma que possam ser alvo de acções preventivas, antecipando problemas”³⁴⁸.

4.1.3. TEMPOS DE ESPERA

Em termos práticos, os excessivos tempos de espera traduzem uma incapacidade de resposta do Sistema de Saúde Português, constituindo frequentemente um dos aspetos mais controversos associados ao funcionamento deste.

No entanto, partindo de um raciocínio económico, os tempos de espera são um mecanismo de racionamento da procura, principalmente em Sistemas de Saúde como o português, caracterizados por um seguro público e financiamento por via de impostos³⁴⁹.

Ainda que tenhamos em Portugal uma vasta rede de infraestruturas que prestam serviços de saúde, tanto a nível dos cuidados de saúde primários, que aqui tratamos, como também no que concerne aos

³⁴⁷ *Vide ibid.*, p.300.

³⁴⁸ *Vide* PEDRO PITA BARROS, *Pela Sua Saúde*, *op. cit.*, p.69.

³⁴⁹ *Cfr.* PEDRO PITA BARROS, *Economia da Saúde*, *op. cit.*, p.317.

cuidados de saúde diferenciados, esta ineficiência tem-se revelado difícil de superar, sendo apontadas frequentemente razões que se prendem com a forma como se processa a sua gestão³⁵⁰.

Esta temática é relevante porque afeta princípios fulcrais e constitucionalmente consagrados, como o acesso universal a esses cuidados. Urge, portanto, identificar os pontos que levam a esta “falha” e procurar soluções que permitam que seja ultrapassada³⁵¹.

É, no entanto, de ressaltar que os tempos de espera, bem como as listas de espera, não deverão deixar de existir por completo, já que constituem um importante fator de gestão de recursos. Desenvolvendo esta ideia, e tomando as palavras de PEDRO PITA BARROS:

“num sistema de prestação de cuidados de saúde pelo sector público, o tempo de inatividade associado com a aleatoriedade da procura e do tempo de tratamento seria suportado pela despesa pública em saúde, enquanto que num Sistema de Saúde com prestadores privados de cuidados de saúde são estes que suportam os custos de momentos sem procura”³⁵².

É, por isso, relevante que as listas e os tempos de espera se mantenham no que diz respeito ao sistema público de saúde³⁵³.

Como tentativa de ultrapassar o problema gerado pelas listas de espera e tempos de espera associados, e após tentativas de implementação de programas específicos de recuperação de listas de espera que surtiram pouco efeito a nível prático, foi criado o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (doravante SIGIC).

Este programa revelou maior eficácia na resposta às questões que se levantavam e que estavam relacionadas com a real dimensão dessas listas e com os custos que esse fator acarretava. A grande diferença em relação aos anteriores era, precisamente, o ponto de partida. No caso do SIGIC, o ponto de referência era o tempo de espera, ao invés da dimensão da lista, já que esta última poderia levar a resultados enganadores.

³⁵⁰ Cfr. RUI NUNES, *Regulação...*, *op. cit.*, p.91.

³⁵¹ Para além da supramencionada alteração a nível de gestão, que poderia conduzir a melhorias na eficiência e, por conseguinte, a uma redução nos tempos de espera, há quem aponte outras vias que passam pelo reforço dos cuidados de saúde privados. O reforço da oferta neste setor faria com que houvesse uma distribuição entre aqueles que estão dispostos a suportar os custos mais elevados que caracterizam os cuidados de saúde prestados nesse setor, recebendo como contrapartida um serviço mais imediato, sem tempos de espera excessivos ou listas de espera, e aqueles que, ponderando, optem por aguardar algum tempo e receber um tratamento ao qual não estão associados custos ou, pelo menos, custos tão elevados.

³⁵² *Vide* PEDRO PITA BARROS, *Economia da Saúde*, *op. cit.*, p.318.

³⁵³ Todavia, estes tempos de espera não podem ser excessivos, ou seja, não poderão contribuir para que haja uma deterioração grave ou até definitiva do estado de saúde do doente que procura esses serviços.

Ainda que este programa tenha operado para o âmbito específico das cirurgias, prestadas dentro do universo dos cuidados diferenciados, pensamos que a sua inserção neste ponto faria sentido por força das conclusões genéricas que daí resultaram.

Em primeiro lugar, e em consonância com o demonstrado pela experiência internacional, ressalva-se o papel do planeamento e capacidade de antecipação. Ou seja, mediante um estudo atento desses tempos de espera, devem procurar-se fatores que possam contribuir para a sua melhoria, convocando para isso aqueles que serão os mais habilitados para os efeitos, pelo contacto direto que têm com essa realidade, os médicos³⁵⁴.

Para além disso, outro dos ensinamentos que este programa nos transmitiu prende-se com a incapacidade de, através da adoção de programas a curto prazo, resolver esta questão. Só uma abordagem prolongada, através da utilização de sistema de informação centralizada poderá conduzir a mudanças relevantes neste ponto. Neste aspeto, estes sistemas poderiam constituir a tão aclamada mudança que se admite como necessária na gestão dos serviços de saúde.

Desta forma, traçaram-se as linhas mestras que devem pautar a atuação dos serviços de saúde, que podem ser agrupadas em três núcleos. Por um lado, a eficiência produtiva, que se opera por via de uma melhor gestão, pautada por objetivos e metas, cuja atuação dos profissionais de saúde deverá acompanhar. Em segundo lugar, uma boa gestão, ou eficiência, financeira, que se concretiza pela melhor capacidade operacional e por tratamentos eficazes. E qualidade, entendida como qualidade técnica, mas também como qualidade na forma de abordagem escolhida para o problema que se apresente em concreto.

De notar que há ainda um longo caminho pela frente e que urge identificar muitas das causas por detrás deste complexo problema. Contudo, é de ressaltar que temos conseguido algumas melhorias significativas. No que concerne aos cuidados hospitalares, por exemplo, enquanto que o SIGIC era implementado, corria em paralelo o processo de transição dos antigos hospitais S.A. para hospitais E.P.E., que trouxe uma gestão conduzida por moldes próximos aos privados, privilegiando os resultados alcançados e reduzindo a complexidade e burocracia associada a cada processo.

A reorganização e redistribuição das funções atribuídas aos profissionais de saúde pode representar ganhos neste tópico. Aliás, existe já na Catalunha um modelo implementado a nível dos cuidados de saúde primários que privilegia um estreitamento entre as competências tradicionalmente atribuídas ao

³⁵⁴ Cfr. PEDRO PITA BARROS, *Economia da Saúde*, *op. cit.*, p.328.

médico e ao enfermeiro. Logo à partida, o utente será reencaminhado para um ou para outro por decisão do pessoal administrativo, que trava o primeiro contacto com o sujeito.

Para isso, foi necessário revestir os administrativos da formação necessária para que façam um diagnóstico adequado da situação com que se deparam. Já os enfermeiros estão habilitados para aplicar tratamentos que recaíam geralmente sobre um médico, o que possibilita que estes segundos se foquem nos casos clínicos com maior gravidade. Para PEDRO PITA BARROS, “em Portugal, essa via é também possível e provável dentro das Unidades de Saúde Familiar, e aos poucos irá certamente passar para todo o SNS”³⁵⁵.

4.2.REFORMA HOSPITALAR: CUIDADOS DE SAÚDE DIFERENCIADOS

Como tivemos oportunidade de apreender, o nosso Sistema de Saúde está organizado numa lógica multinível. Temos, portanto, três categorias de cuidados de saúde. O critério que fundamenta a distinção entre eles é, essencialmente, a lógica pela qual a sua prestação se rege, mas também a complexidade do cuidado em si.

Assim, nos cuidados primários, que já abordamos, temos na grande maioria dos casos doenças associadas a um tratamento simples, ou, em casos mais complexos, são as entidades prestadoras destes cuidados que diagnosticam e reencaminham o doente para cuidados mais complexos. Deixando aqueles que agora estudamos para último lugar, temos os cuidados continuados, associados a doenças que se prolongam durante longos períodos de tempo e que, portanto, acarretam tratamentos que se irão estender durante todo o tempo que seja necessário à recuperação do doente.

Assim, neste o “doente beneficia, durante uma fase mais ou menos duradoura, de acompanhamento e supervisão sobre o seu estado clínico até à sua plena convalescença”³⁵⁶. Note-se que dentro do conceito de “convalescença” devemos englobar dimensões como a recuperação ou reintegração do doente que, no caso, padecerá de uma doença crónica ou encontrar-se-á numa situação de dependência. Desta forma, é possível que a intervenção não possa ir além, dada a irreversibilidade do estado do doente, de medidas que promovam a autonomia e a qualidade de vida do indivíduo.

³⁵⁵ Vide PEDRO PITA BARROS, *Pela Sua Saúde*, *op. cit.*, p.70.

³⁵⁶ Vide ISA ANTÓNIO, *A Crise do Estado Social...*, *op. cit.*, p.7.

Os cuidados diferenciados podem ser definidos como englobando “os prestados no âmbito hospitalar, sendo abrangidos as cirurgias, operações, terapêuticas mais evoluídas e complexas, quando comparadas com as que são prestadas em pequenos centros de saúde”³⁵⁷

Ainda que se proceda a esta distinção, assume-se como essencial a existência de um bom nível de articulação entre eles. Quando nos referimos aos cuidados de saúde primários e diferenciados, essa articulação torna-se ainda mais premente, na medida em que a fase de diagnóstico ou, por assim dizer, de filtragem, é procedida por cuidados diferenciados, que se corporizam na prestação dos cuidados adequados para o tratamento em ambiente hospitalar. Para além disso, reconhece-se hoje que o funcionamento adequado dos cuidados primários na sua vertente de Prevenção da Doença se traduz em ganhos no ponto de vista económico e organizacional nos cuidados diferenciados³⁵⁸.

Todavia, nem sempre as diferenças que separam estes dois níveis, nomeadamente no que concerne com a lógica e estratégia de intervenção inerente a cada um deles, permite que haja o tão desejável continuum. Aliás, foi precisamente a constatação desta fragilidade que esteve na base das Unidades Locais de Saúde, criadas com o propósito de coordenar esta transição entre níveis.

Pretende-se que as ULS integrem cuidados primários e cuidados diferenciados numa única equipa de gestão, tendo natureza de entidade pública empresarial e atuando numa determinada área geográfica. No fundo, constituem um desvio à tradicional lógica de separação entre essas duas tipologias de cuidados³⁵⁹.

A primeira surgiu em Matosinhos, em 1999, tendo-se, entretanto, expandido este modelo pelas várias regiões do território nacional³⁶⁰.

Quanto aos hospitais, trataremos agora de estabelecer algumas considerações sumárias, sob pena de repetirmos a análise feita já na secção I do capítulo I, em que nos debruçamos sobre a evolução histórica do Sistema de Saúde Português e aproveitamos para avaliar as mutações, quer na natureza e regime jurídico, quer de gestão e administração, que marcaram o setor hospitalar português.

³⁵⁷ Vide *ibid.*, p.7.

³⁵⁸ MARIA JOÃO ESTORNINHO e TIAGO MACIEIRINHA afirmam que houve uma inversão da lógica inerente aos cuidados de saúde. Hoje, mais importante do que “tratar quem chega”, é evitar o estado de doença do indivíduo. A medicina curativa começa a dar lugar à medicina preventiva, sendo que neste âmbito temos ainda um longo caminho a percorrer. Cfr. MARIA JOÃO ESTORNINHO; TIAGO MACIEIRINHA, *Direito da Saúde*, *op. cit.*, p.124.

³⁵⁹ Segundo PEDRO PITA BARROS, o melhor caminho para a contenção de despesa parece estar precisamente no recurso a entidades onde se integrem cuidados de saúde de natureza diversa, como é o caso das ULS. Cfr. PEDRO PITA BARROS, *Pela Sua Saúde*, *op. cit.*, p.74.

³⁶⁰ Cfr. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Serviço Nacional de Saúde: ACSS. Lisboa: SPMS. Disponível em: <https://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPrestSa%C3%BAdede/UnidadesLocaisdeSa%C3%BAdede/tabid/421/language/pt-PT/Default.aspx>. [Consult.17 dez. 2020].

A maioria dos hospitais existentes no nosso Sistema de Saúde são hospitais integrados no SNS, ou porque já o eram, tradicionalmente, ou porque resultaram do facto do SNS ter passado a incorporar unidades hospitalares geridas pelas Misericórdias. Fora do SNS, temos hospitais com fins lucrativos e sem fins lucrativos, tendo-se tornado mais frequentes os hospitais privados criados por grandes grupos económicos³⁶¹.

Os hospitais assumiram nos últimos anos um papel preponderante enquanto unidades de prestação de cuidados de saúde. Contudo, como afirma MARIA JOÃO ESTORNINHO e TIAGO MACIEIRINHA:

“no seu novo papel, o hospital deve funcionar como *reserva*, dando-se prioridade aos outros níveis de prestadores de cuidados de saúde (sobretudo unidades de menor dimensão e que funcionem junto às populações, estando ligadas em rede, entre si e com o hospital)”³⁶².

Como consequências associadas a esta transformação do conceito de hospital tivemos alterações a vários níveis. Desde logo, há uma progressiva valorização de outros sistemas de prestação de cuidados de saúde, como os ambulatorios – que se opõem ao tradicional modelo assente em tratamentos estacionários – caracterizados por curtos períodos de permanência nas unidades hospitalares³⁶³.

Assim, nas situações em que se possa aplicar este sistema, em que a prestação de cuidados de saúde pode até ocorrer fora do contexto hospitalar, na casa do doente, deve ser aplicado. Espelho desta tendência é a retirada do índice de avaliação de desempenho do critério que se prendia com o número de camas e admissões³⁶⁴.

Paralelamente, dá-se a progressiva assunção da importância da componente multidisciplinar destes cuidados, por oposição à tradicional base organizacional do serviço hospitalar, os serviços de especialidade³⁶⁵.

Internamente, o hospital é composto por duas estruturas hierárquicas em paralelo, a administrativa e a médica, pautadas por critérios de decisão diferentes, mas que se articulam em prol de uma dinâmica

³⁶¹ Cfr. PEDRO PITA BARROS, *Economia da Saúde*, *op. cit.*, p.254.

³⁶² *Vide* MARIA JOÃO ESTORNINHO; TIAGO MACIEIRINHA, *Direito da Saúde*, *op. cit.*, p.124.

³⁶³ A título de exemplo, situações que envolvam visitas às urgências, consultas hospitalares, ou operações em que, dado o grau de simplicidade, o utente tem alta no próprio dia.

³⁶⁴ Cfr. *ibid.*, p.124.

³⁶⁵ Cfr. *ibid.*, p.124.

comum, sendo certo que “em determinadas situações poderá predominar um dos grupos e noutras outro grupo”³⁶⁶.

Outro ponto de destaque prende-se com a antiga prevalência do Setor Público Administrativo, que foi substituída, constituindo atualmente uma componente residual. Hoje, a prestação de cuidados de saúde é predominantemente assegurada por Hospitais E.P.E., integrados no Setor Público Empresarial.

De realçar que o novo regime jurídico de gestão hospitalar, corporizado pelo Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, com as respetivas alterações, vem estabelecer no artigo 2.º que as “entidades integrantes SNS afetas à rede de prestação de cuidados de saúde”, referidas no n.º 3 do art. 1.º, poderão assumir uma de três formas, quanto à natureza jurídica. Caso sejam entidades públicas dotadas de personalidade jurídica, poderão ter ou não natureza empresarial. Podem ainda ser entidades privadas prestadoras de serviços de saúde “com quem sejam celebrados com contratos que tenham por objeto a realização de prestações de saúde através de um estabelecimento de saúde integrado ou a integrar no SNS, em regime de parcerias público-privadas”, segundo a alínea c).

Para PEDRO PITA BARROS, o hospital pode ser comparado, por força do seu funcionamento, organização e estrutura, a uma empresa. Claro está que há, ainda assim, vários pontos que o separam de uma empresa comum. Não bastará dizer-se que é uma instituição onde são prestados cuidados de saúde a quem ele recorra, já que dentro desta definição cabem uma miríade de instituições. Assim, na visão do autor, o verdadeiro fator distintivo é a possibilidade de prestar cuidados de saúde com internamento. Não será, como explicitamos *supra*, necessário em todos os casos, mas o facto de estar integrado na sua oferta é um verdadeiro fator diferenciador³⁶⁷.

Atenta a contingência de haver instituições, como as Unidades de Cuidados Continuados, que têm doentes internados com doenças crónicas ou terminais, há necessidade de precisar o critério do internamento, estabelecendo o requisito adicional de que esse internamento ser aplicado em casos agudos, mas numa vertente curativa, à qual se seguirá a posterior reabilitação do doente³⁶⁸.

É nesta temática que se situa o debate comparativo entre a qualidade dos serviços prestados pelos hospitais públicos – cujo financiamento se dá pela atribuição de um orçamento – e hospitais que funcionam numa lógica de mercado e que, portanto, prosseguem o lucro. A este respeito, e evitando uma posição simplista sobre esta matéria, subscrevemos PEDRO PITA BARROS. Assim, “se a procura

³⁶⁶ Vide PEDRO PITA BARROS, *Economia da Saúde*, *op. cit.*, p.250.

³⁶⁷ Cfr. *ibid.*, p.249.

³⁶⁸ Neste sentido, *ibid.*, p.250.

dirigida a um hospital for tal que uma maior qualidade permite ao hospital receber um preço maior mas que para tratar mais doentes tem de aceitar um preço unitário menor, então um hospital que receba por orçamento que cobre os custos pode escolher uma qualidade maior ou menor que um hospital atuando em ambiente de mercado”³⁶⁹. Isto acontece em todos os casos em que a qualidade dos tratamentos prestados seja o fator preponderante na escolha, prevalecendo sobre o critério do preço mais baixo.

Por fim, uma última reflexão quanto aos principais constrangimentos verificados neste setor.

O primeiro prende-se com o modelo de financiamento, demasiado mecânico e associado ao pagamento das despesas envolvidas, sem que se coloque na balança os resultados que foram efetivamente obtidos³⁷⁰. Note-se que, conforme afirma PEDRO PITA BARROS, na construção de sistemas de financiamento é necessário que se incorporem critérios relacionados com os objetivos alcançados, no entanto “a utilização de sistemas de pagamento de acordo com o desempenho deve ser feita na margem, isto é, complementar sistemas de pagamento mais globais”³⁷¹.

Para LUÍS MORAIS, é também necessário “medir os resultados (outcomes) da atividade (performance), os custos envolvidos no tratamento de cada doente. Devem ser criados parâmetros de avaliação diferentes (melhorar a qualidade e melhorar os resultados) para cada doente”³⁷², sendo que o modelo de financiamento deveria depois incorporar os resultados obtidos.

No fundo, referimo-nos à necessidade de o prestador destes serviços “mostrar valor”³⁷³, impondo que sejam eles a avançar com respostas às necessidades dos doentes.

A segunda fragilidade passa pela ausência real de mecanismos de concorrência, tornando a distribuição dos recursos dependente da oferta e não da procura. Assim, parece-nos que “princípios competitivos para retirar vantagem da concorrência na prestação de cuidados de saúde deve ser um dos aspetos a considerar na nova gestão das organizações de saúde, sem descurar, antes pelo contrário, ter em linha de conta, os utentes, e tendo-os na centralidade das políticas e do Sistema de Saúde”³⁷⁴.

E, finalmente, promover a utilização das tecnologias de informação, através da criação e implementação de plataformas tecnológicas cujo desiderato seria garantir o acesso dos utentes a informação relativa aos tratamentos a que foram sujeitos³⁷⁵.

³⁶⁹ Vide *ibid.*, p.251.

³⁷⁰ Cfr. *ibid.*, p.255.

³⁷¹ Vide PEDRO PITA BARROS, *Pela Sua Saúde*, *op. cit.*, .73.

³⁷² Vide LUÍS MORAIS, *Redefinição dos Cuidados de Saúde...*, *op. cit.*, p. 197.

³⁷³ Neste sentido, PEDRO PITA BARROS, *Pela Sua Saúde*, *op. cit.*, p.73.

³⁷⁴ Vide LUÍS MORAIS, *Redefinição dos Cuidados de Saúde...*, *op. cit.*, p. 197.

³⁷⁵ Cfr. *ibid.*, p. 198.

4.3. POPULAÇÃO ENVELHECIDA: CUIDADOS DE SAÚDE CONTINUADOS

O envelhecimento populacional é um fenómeno com dimensões globais, resultante sobretudo da evolução da medicina, tanto na sua componente técnica como teórica, e da reformulação do papel da mulher na sociedade.

Os progressos verificados na área da saúde pública, mas também na medicina em geral, fizeram com que os níveis de mortalidade decrescessem, ao mesmo tempo que produziam um aumento da esperança média de vida. A acrescer a estes dois fatores verificaram-se mudanças sociais que conduziram à alteração do papel que era atribuído às mulheres na sociedade, cujo percurso de vida passa a valorizar mais o seu percurso profissional. Esta valorização da mulher fez com que, paralelamente à redução do número de mortes e ao aumento da longevidade da vida humana, houvesse um decréscimo na natalidade.

Ora, é inevitável assumir que alterações deste tipo se repercutem no modo como as políticas de saúde são pensadas³⁷⁶, já que uma população mais envelhecida exige a prestação de determinados cuidados de saúde que possam satisfazer as necessidades próprias dessas faixas etárias.

Em Portugal, este duplo envelhecimento³⁷⁷ tem levado à implementação e aposta de uma rede de cuidados continuados, que possam assegurar os cuidados de saúde necessários a essa parte da população que passa por um momento de degradação física, psicológica e, não raras vezes, social.

São exatamente estas as considerações que estiveram na base da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, criada em 2006, através do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho^{378,379}. Mas esta Rede Nacional não pretende cobrir apenas as carências desse grupo em particular. Este diploma vem assumir, logo nos primeiros parágrafos do seu preâmbulo, que há “novas necessidades de saúde e

³⁷⁶ Um tópico que tem sido alvo de discussão passa por apurar se esta característica demográfica acarreta, necessariamente, maiores gastos em saúde. Para apurar a existência desta relação, é importante perceber que o envelhecimento tem de ser visto como um conceito dinâmico. Por um lado, porque não pode ser definido apenas pela idade, antes convocando considerações diversas, que passem pela avaliação da qualidade de vida do sujeito em questão, avaliando uma vertente física, psicológica e sociocultural. Por outro, porque as necessidades das faixas etárias mais avançadas de hoje não serão as mesmas dos idosos de amanhã. Esta constatação é consequência das discrepâncias sociais, culturais e económicas próprias de cada geração. Assim sendo, é natural que estes indivíduos procurem mais frequentemente cuidados de saúde, que por norma serão caracterizados como cuidados com longa duração, continuados no tempo. Dependendo da qualidade das respostas, da sua melhor ou pior adequação, que o Estado crie para responder a estas contingências, poderá de facto haver uma projecção bastante elevada desta condição nos gastos em saúde. Cfr. JOÃO ESTEVENS, Saúde e Despesa em Saúde num Portugal Envelhecido. In *Revista de Estudos Demográficos*. N.º 56, 2017, p.49. Disponível em: [url:https://www.ine.pt/xurl/pub/224831137](https://www.ine.pt/xurl/pub/224831137). [Consult. 4 jul. 2020].

³⁷⁷ Referimo-nos a duplo já que o aumento da esperança média de vida e redução da taxa de mortalidade é acompanhado por um decréscimo da natalidade.

³⁷⁸ Apesar de o Decreto-Lei de criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados datar de 2006, houve precedentes cuja importância não deve ser descartada. Nomeadamente, o Despacho Conjunto n.º 166, de 20 de julho de 1994, que procedeu à criação de um programa de apoio integrado a idosos, que ficou conhecido como PAII. Dois anos mais tarde, a 3 de setembro de 1996, exaltava-se a necessidade de criação de uma Rede organizada de Cuidados Continuados, pelo Despacho n.º 204. Cfr. MARIA CARVALHO, Política de Saúde e de Cuidados Continuados Integrados em Portugal: O Planeamento da Alta em Serviço Social. In *Revista Katálysis*. Vol. 17, n.º 2, 2014, p.263. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802014000200261. [Consult. 8 jul. 2020].

³⁷⁹ Alterado pelo Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho.

sociais, que requerem respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida”.

A satisfação plena das necessidades decorrentes desse estado não deve, contudo, descurar a participação ativa desses indivíduos no processo, promovendo a sua autonomia. A par deste, o diploma elenca outros objetivos que, ainda que possam ser encarados como secundários em relação aquele que é o seu propósito fundamental, contribuir para a qualidade de vida dos seus utilizadores, mitigando os efeitos decorrentes da sua situação de incapacidade, devem complementá-lo³⁸⁰.

Destarte, será vital que se assegure também políticas de segurança social³⁸¹ que garantam o contínuo investimento nestes cuidados que são, por norma, de longa duração, bem como uma distribuição equitativa pelo território nacional. A proximidade e a adaptação aos utilizadores constituem também elementos relevantes, estipulando o já referido diploma que se devem “potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade”.

Incidindo agora sobre aspetos mais concretos do regime, a Rede de Cuidados Continuados Integrados integra não só estes, mas também cuidados paliativos, o que resulta do artigo 2.º do já referido Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

Enquanto que os primeiros vêm definidos no artigo seguinte como intervenções de saúde e/ou de apoio social, cujo foco está ainda na recuperação global e promoção da autonomia e funcionalidade do sujeito³⁸² que atravessa a situação de dependência³⁸³, os segundos, apesar de apresentarem similitudes indiscutíveis com os primeiros, como a continuidade no tempo e a coordenação entre vários atores, servem propósitos que se limitam à promoção da qualidade de vida de doentes incuráveis ou que

³⁸⁰ De entre os princípios basilares da Rede, consagrados no artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, destaca-se a sua continuidade, a equidade no acesso e a proximidade – assegurada por serviços comunitários de proximidade – no que concerne à prestação desses serviços. Além disso, não devem estes descurar a autonomia e funcionalidade do indivíduo, cuja promoção deve ser sempre uma ideia inerente a qualquer prática neste âmbito. Para isso, é crucial que as pessoas em situação de dependência e os seus familiares participem e sejam chamados a refletir sobre esse mesmo processo, criando-se também mecanismos de avaliação da condição do sujeito, bem como dos seus progressos e objetivos futuros.

³⁸¹ O facto de se convocarem políticas cuja natureza está umbilicalmente ligada com o papel da segurança social, simultaneamente à assunção do papel do Estado e da sociedade civil como principais instigadores do investimento e evolução contínua na prestação destes cuidados, faz com que este tipo de cuidados seja abordado de uma perspetiva integrada. A colaboração destes vários agentes é fundamental para a criação e organização de respostas funcionais. Em suma, e como o próprio Decreto-Lei põe em evidência, promove-se um modelo “intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar”.

³⁸² Como se refere no n.º 1 do artigo 5.º, estes cuidados incluem-se não só no Serviço Nacional de Saúde, mas também no próprio sistema de segurança social e “assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, entendidos como o processo activo e contínuo, por período que se prolonga para além do necessário para tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva”.

³⁸³ Ainda que durante a nossa exposição tenhamos falado destes cuidados a propósito de se verificar em Portugal um envelhecimento populacional bastante notório e porque pretendemos refletir sobre a forma como uma atuação preventiva pode melhorar os problemas associados a essa condição, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados servirá qualquer situação de dependência, independentemente da idade do sujeito em que esta se verifique.

apresentam patologias severas³⁸⁴. Ou seja, assume-se que a recuperação total do sujeito não seja possível de todo.

A forma como o modelo de prestação destes cuidados está estruturado tem de refletir a tal componente de intervenção integrada entre a prestação de cuidados de saúde propriamente ditos e a prestação de serviços de apoio social.

Deste modo, a Rede Nacional está organizada por equipas e unidades³⁸⁵ que têm pontos de contacto com os vários níveis de cuidados de saúde no sistema nacional e com o sistema de segurança social. Este contacto visa potenciar, juntamente com a articulação em rede, a flexibilidade e adequação das soluções que vão sendo encontradas. A acrescer a este aspeto, a coordenação da rede deve ser feita a nível nacional, sem que isto signifique que o plano regional e local são irrelevantes³⁸⁶.

Do ponto de vista da intervenção, como vem previsto no artigo 8.º, dada a condição daqueles que recorrem a este tipo de cuidados, é inevitável que a intervenção seja feita num plano individual e com recurso a objetivos, isto implica que a condição do doente seja avaliada a cada momento e, com base na sua evolução, possa haver alterações nessa mesma intervenção de modo a torna-la mais eficaz e a atingir resultados mais desejáveis.

Já mencionamos que os cuidados em análise não se destinam somente aos idosos que preencham determinados requisitos de fragilidade. São vários os grupos cujo recurso a estes cuidados é legítimo. Qualquer sujeito que se encontre numa situação de dependência funcional, seja ela transitória ou prolongada, pode recorrer aos cuidados continuados, bem como situações de incapacidade grave ou doenças severas que se encontrem em fase avançada ou terminal³⁸⁷.

Na prática, os sujeitos que pertençam a qualquer um dos grupos acima elencados poderão ser admitidos numa unidade prestadora destes serviços. Quem faz o diagnóstico e encaminha esses indivíduos para a unidade adequada são as várias equipas que constituem a Rede, seguindo os moldes do artigo 32.º do já referido Decreto-Lei. No caso especial da admissão para unidades de cuidados paliativos, cabe a um médico formular a proposta³⁸⁸.

³⁸⁴ Por outras palavras, este tipo de cuidados procura o alívio do sofrimento do doente, bem como a sua integração e manutenção da qualidade de vida.

³⁸⁵ Estas equipas e unidades vêm prevista no artigo 12.º, constituindo um elenco taxativo. Cada uma delas serve propósitos distintos e, em função disso, a sua organização e abordagens são diferentes. A gestão destas equipas e unidades deve ser voltada para os resultados e para a eficácia e aproveitamento de recursos.

³⁸⁶ Num caso ou noutro, a coordenação é assegurada por equipas - nacionais, regionais ou locais. De um modo geral, são responsáveis pela articulação e comunicação entre os vários níveis da rede, tendo ainda competências de gestão, planeamento, controlo e avaliação de práticas e resultados.

³⁸⁷ Cfr. artigo 31.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

³⁸⁸ Está ainda prevista, no artigo seguinte, a possibilidade de mobilidade dentro da própria Rede. Sem prejuízo do diagnóstico que é feito inicialmente e que permitirá perceber qual a unidade que se adequa mais ao estado e às necessidades de cada indivíduo, pode acontecer que, esgotado o período de internamento que tinha sido fixado inicialmente, se perceba que o sujeito não teve a evolução e os resultados esperados e que, numa outra unidade, a sua

Após proceder a esta abordagem geral à estrutura, organização e missão dos vários elementos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, resta deixar algumas notas que, olhando à evolução demográfica no nosso país e à resposta que tem sido dada para combater eventuais decorrências negativas dessa evolução, se apresentam como sendo relevantes.

A primeira delas prende-se com o facto de os utilizadores destes cuidados serem, essencialmente, pessoas idosas em situação de dependência³⁸⁹. Ora, em Portugal nada faz prever que esta tendência de envelhecimento demográfico vá reverter-se e, portanto, é necessário que haja uma adaptação do próprio Sistema de Saúde de forma a abarcar a melhor solução possível, com uma readaptação da oferta e um maior investimento na Promoção da Saúde e Prevenção da Doença³⁹⁰.

Foi o reconhecimento destas falhas no sistema que levou à criação, pelo Despacho n.º 176-D/2019³⁹¹, do Ministro do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Ministra da Saúde, de uma Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados³⁹².

Como refere o já mencionado Despacho, a Rede de Cuidados Continuados Integrados tem uma vertente de atuação intersectorial que permite, através da atuação conjunta entre profissionais da saúde e do serviço social, uma resposta adequada do ponto de vista técnico e humano. Esta é, porventura, a sua maior vantagem e o seu maior desafio. Um dos objetivos da criação da Comissão é que esta funcione como uma “plataforma chave de intervenção concorrendo para a interrupção das políticas fragmentadas, promotoras de dependência institucional, sem resultados ao nível da saúde, da autonomia e da inclusão social”. Aliás, a própria colaboração do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social com o Ministério da Saúde pretende fomentar cada vez mais esta já estreita ligação.

Outro ponto em destaque no Despacho n.º 176-D/2019 prende-se com a necessidade de expandir estes cuidados para novos públicos, nomeadamente dinamizando os Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental e os Cuidados Continuados Integrados Pediátricos.

qualidade de vida e bem-estar poderiam ser potenciadas. Nestes casos, admite-se que possa haver transferência da pessoa em questão para uma outra unidade, sempre com o objetivo de adequar o melhor possível o tratamento à situação que se apresenta em concreto.

³⁸⁹ Contudo, é importante reconhecer que 85% dos utentes são idosos, interessando por isso “dar especial atenção à compreensão do processo de envelhecimento com todos os seus determinantes e também estruturar e alargar a resposta a outros grupos etários e a outras condições como a doença mental em geral e a demência em particular”. Vide MINISTÉRIO DA SAÚDE, Cuidados Continuados Integrados. Lisboa: SPMS. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/06/18/cuidados-continuados-integrados-2/>. [Consult. 10 abr. 2020].

³⁹⁰ O ponto 3 do Despacho n.º 176-D/2019 vem referir na sua alínea g) que devem ser encontradas e promovidas “formas inovadoras de melhoria da articulação com outras unidades de prestação de cuidados, nomeadamente com os cuidados de saúde primários, serviços locais de saúde mental e com os serviços e equipamentos sociais”. De facto, uma maior proximidade com as unidades que prestam cuidados de saúde primários poderia trazer ganhos ao nível da Prevenção da Doença.

³⁹¹ Este diploma veio revogar o Despacho n.º 4663/2016, de 5 de abril de 2016, que criava, na dependência dos Secretários de Estado da Segurança Social e Adjunto e da Saúde, a Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

³⁹² Os membros dessa Comissão foram depois designados pelo Despacho n.º 1704/2019.

A readaptação da oferta passa pela necessidade de um alargamento da Rede e diversificação dos cuidados que são garantidos por esta. É pertinente frisar que um mero alargamento quantitativo não é suficiente, também a sua distribuição deve ser pensada³⁹³. Isto porque, do ponto de vista geográfico, é notório que esta parte da população se concentra sobretudo em regiões interiores, sendo que este dado deve ser tomado em consideração.

³⁹³ A este respeito, refere a alínea e) e f) do ponto 3 do Despacho n.º 176-D/2019 que o alargamento da Rede deve ter em conta rácios de cobertura e necessidades avaliadas, concorrendo para este ponto as equipas coordenadoras regionais.

CONCLUSÕES

O conceito de “saúde” e de “saúde pública” são conceitos em constante evolução, em virtude da permeabilidade aos avanços científicos e tecnológicos que vão sendo registados.

Para além disso, o papel de organizações internacionais, como a OMS, ou das Diretivas que emanam das instituições da União Europeia, têm vindo a acentuar a tendência de integrar estes conceitos em todas as políticas. Por outras palavras, hoje o conceito de saúde deve estar presente quando se formulam e implementam políticas públicas da mais variada índole, desde a educação ao ambiente. Numa palavra, apela-se à sua vertente intersectorial.

Da evolução do conceito a nível europeu e internacional surge também uma outra premissa. O melhor modo de melhorar os resultados obtidos por cada Estado no que respeita à saúde será abandonar gradualmente um paradigma assente no tratamento da doença e valorizar a Promoção da Saúde e Prevenção da Doença, aumentando a despesa e o investimento público nesta vertente.

Ora, estas alterações trazem necessariamente repercussões para o nosso ordenamento jurídico, despertando para a necessidade de colmatar algumas falhas evidentes na organização e funcionamento do Sistema de Saúde Português, *maxime* no que contende com o SNS.

Deste modo, será cada Estado a decidir de que forma pode incorporar eficazmente no seu ordenamento jurídico estes conceitos, ainda que possa em parte estar limitado na sua discricionariedade por força da transposição necessária do conteúdo de algumas Diretivas europeias.

Ainda assim, há campos de atuação que parecem ser aceites e reconhecidos unanimemente, como é o caso da necessidade de aumento da participação dos sujeitos enquanto promotores da sua saúde individual e coletiva e reforço dos poderes das Autarquias Locais neste âmbito.

Ao longo deste capítulo discorreremos também sobre a classificação do direito de proteção da saúde, consagrado entre nós no artigo 64.º da CRP, estando, portanto, integrado no catálogo dos direitos económicos, sociais e culturais (DESC).

Ora, daqui resulta um corolário de obrigações para o Estado, cujo cumprimento foi sendo verificado ao longo deste capítulo. Importou, nomeadamente, perceber até que ponto as exigências de um acesso igualitário e de qualidade a este direito são cumpridas. Para isso, voltamos um olhar mais atento para a própria organização do SNS e para as características basilares da sua criação, como a generalidade,

universalidade e tendencial gratuitidade, de modo a perceber de que forma podem as dificuldades que o SNS atravessa fazer perigar a concretização plena deste direito.

Na medida em que o SNS se assume como o principal meio através do qual o Estado português decidiu que iria efetivar este direito, é necessário combater os problemas de subfinanciamento crónico e escassez de recursos humanos e materiais que apresenta, sem que com isso se desvirtue o espírito que presidiu à sua criação – a garantia de cuidados de saúde para todos, prestados na medida das suas necessidades e aos quais não está associada uma contraprestação direta.

Daí que o ponto seguinte do nosso estudo se tenha focado nos Determinantes Sociais da Saúde, fatores condicionantes do estado de saúde dos indivíduos cuja utilização estratégica poderá levar a uma concretização deste direito de proteção da saúde sem que com isso os gastos com diagnósticos e tratamentos tenham de aumentar. Aliás, o potencial contributo destes determinantes passa por atuar numa fase anterior, de Prevenção da Doença.

Desenvolvemos aqueles que consideramos mais significativos e, para cada um deles, tentamos identificar de que forma a sua presença poderia ser reforçada a nível jurídico e que consequências isso iria acarretar no contexto específico da saúde. Por limitações associadas a um trabalho desta índole, e uma vez que cada DSS poderia constituir, autonomamente, o objeto de uma dissertação, decidimos abordá-los genericamente, ainda que tenhamos analisado algumas questões mais relevantes com maior grau de pormenor, e optar por desenvolver a relação de um deles, no caso o meio ambiente, com a saúde humana.

Consideramos importante incluir neste capítulo, de forma a cimentar as bases que permitiriam uma melhor compreensão dos tópicos seguintes, uma breve caracterização das várias tipologias de cuidados de saúde que integram o Sistema de Saúde Português.

Com esta parte da investigação procurou-se, sobretudo, adotar uma postura crítica. Assim, após uma análise geral ao regime jurídico que cada um dos tópicos em apreço, identificamos alguns problemas estruturais típicos.

A título de exemplo, foram abordados os cuidados de saúde primários, cuja figura principal são os Centros de Saúde. Pela sua proximidade com a comunidade, são eles que constituem a primeira linha no que toca a ações relacionadas com a sensibilização para a Promoção da Saúde, exaltando-se o seu papel enquanto responsáveis pelo diagnóstico das carências verificadas na comunidade sobre a qual

atuam, sendo também promotores privilegiados, pelos mesmos motivos, da literacia e educação para a saúde.

A par destas considerações, destacamos os problemas e limitações cuja solução se afigura como mais premente, tais como a sua utilização abusiva, a secundarização das suas funções no âmbito da Prevenção da Doença e os longos tempos de espera, expressão da incapacidade do Sistema de Saúde Português responder celeremente a todas as solicitações que lhe surgem.

Já nos cuidados diferenciados aludimos à necessária, mas ainda imperfeita, ligação com os cuidados primários, estabelecendo as bases da tendência de integração destes dois tipos de cuidados, que se prevê cada vez mais estreita no futuro.

Consideramos pertinente dissecar algumas das características dos hospitais, distinguindo-as das demais instituições de prestação de cuidados de saúde pela contingência de estes prestarem serviços que impliquem o internamento do doente, sendo que, em todo o caso, estará este associado à possibilidade de reabilitação do doente, numa perspetiva curativa.

Ademais, abordamos algumas das transmutações verificadas nos últimos anos, tanto na maneira como os cuidados diferenciados são prestados, como a nível da própria estrutura interna e gestão.

Todavia, e apesar de, historicamente, estas instituições terem experienciado as mais diversas alterações – até a nível de natureza e regime jurídico – há problemas estruturais que obstam à prossecução de maior eficácia, entre os quais enumeramos o modelo de financiamento, a necessidade de alterar os critérios que presidem à avaliação destas estruturas e a parca utilização de tecnologias de informação que permitissem personalizar os serviços prestados aos doentes.

Por fim, abordamos um setor do sistema cujo peso espelha as características demográficas da população portuguesa, cada vez mais envelhecida. Relativamente a este, os principais desafios centram-se sobretudo na necessidade de readaptação da oferta, de forma a abarcar novos grupos. Aliás, advogamos uma dinamização dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental e dos Cuidados Continuados Integrados Pediátricos, bem como um incremento no papel ativo atribuído àqueles que recorrem a estes cuidados, não podendo sob circunstância alguma a sua capacidade de participação, quando exista, ser descurada.

PARTE II – A TUTELA DO AMBIENTE COMO INSTRUMENTO CONCRETIZADOR DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

CAPÍTULO I – PROTEÇÃO DO AMBIENTE, DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E DIREITO À SAÚDE

1. DIREITO DO AMBIENTE: CONTEXTUALIZAÇÃO

O Direito do Ambiente, enquanto ramo especial do Direito Administrativo, é relativamente recente. Sem prejuízo de terem surgido, ao longo do século passado, algumas convenções internacionais que manifestavam certa preocupação com problemas ambientais muito específicos, como a proteção de determinadas espécies em situação de risco, é nos anos 60 que o Direito do Ambiente começa a incorporar uma maior definição e robustez.

Sem desconsiderar a evolução que este ramo do Direito tem sofrido, e que se prevê que vá culminar numa perfeita “construção científico-jurídica autónoma”³⁹⁴, a verdade é que se trata de um ramo ainda bastante disperso, que carece de codificação. Normalmente, a regulamentação é feita por referência às várias áreas que o compõem através de normas avulsas, o que poderá atrapalhar uma visão sistemática da matéria.

Relacionado com a novidade deste ramo, surgem problemas que serão, à medida que haja um maior grau de definição e especialização, ultrapassados. Aliás, podemos dizer que um deles, o problema da indefinição do objeto, tem sido amplamente trabalhado nestes últimos anos.

Na posição de CARLA AMADO GOMES, quando falamos de “ambiente”, corremos o risco de cair num “caso claro de *obesidade normativa*”³⁹⁵.

Seguindo a visão desta autora, esta “confusão” no objeto deve-se sobretudo ao n.º 2 do artigo 66.º da CRP, onde surgem elencadas uma série de incumbências para o Estado, que “agrega numa noção amplíssima de “ambiente” realidades como o património cultural, natural e construído; o ordenamento do território; o urbanismo; a qualidade arquitectural das povoações; a saúde pública (pela via da qualidade de vida)...”³⁹⁶.

³⁹⁴ Neste sentido, FERNANDO CONDESSO, *Direito do ambiente: ambiente e território. Urbanismo e reabilitação urbana*. 3ª edição. Coimbra: Almedina, 2018, p. 73.

³⁹⁵ *Vide* CARLA AMADO GOMES, *Introdução ao Direito do Ambiente*. 4ª edição. Lisboa: AAFDL, 2018, p. 29.

³⁹⁶ *Vide ibid.*, p. 29.

Ora, é evidente que se queremos ter uma política ambiental eficaz e operativa, este objeto teria de ser reduzido ao núcleo essencial, que nos é concedido pelo artigo 10.º da atual Lei de Bases do Ambiente³⁹⁷. Deste modo, deve evitar-se a confusão deste ramo com outros que lhe sejam semelhantes ou que com ele se relacionem muitas vezes na prática, como é o caso do Direito do Urbanismo³⁹⁸.

Por outro lado, é um ramo do Direito inequivocamente ligado à ciência e sujeito à evolução dos conhecimentos e tecnologias, o que reforça de certo modo a sua instabilidade, sendo certo que à medida que vai havendo um aprofundamento mais completo de determinados conhecimentos haverá necessidade de adaptação das normas existentes.

O autor FERNANDO CONDESSO exalta ainda outra característica deste direito, as limitações à sua concretização, dada a circunstância de as normas reguladoras terem um pendor marcadamente negocial, estabelecendo mínimos em função daquele que é o acordo alcançado com as organizações económicas – e tolerado por estas últimas – e que muitas vezes não se adequam às premências verificadas a nível ambiental no momento em que se fixam³⁹⁹. Isto acontece em grande medida pela vertente ecológica deste direito, sem que isso signifique a desconsideração de outras dimensões. Assim, é a perspetiva ecológica que “unifica os diferentes elementos de incidência, sem negar importância a dimensões económicas, sociais e culturais”⁴⁰⁰.

Continuando na linha de raciocínio do mesmo autor, o direito do ambiente é também marcadamente pluridisciplinar, tendo, paralelamente, natureza pública e privada⁴⁰¹. Ainda que haja normas fundamentais em vários ramos do direito sobre esta matéria em particular, aquela que é a área do Direito que porventura mais se adequa à sua inserção é o Direito Administrativo⁴⁰².

Tendo em conta tudo o que foi dito, constatamos que o Direito do Ambiente surge da necessidade de proteger um bem jurídico autónomo, o bem ambiental. Assim, reconhece-se que as normas dispersas pelos vários ramos de Direito não bastavam para o grau de proteção pretendido para este bem que tem

³⁹⁷ Lei n.º 19/2014, de 14 de abril.

³⁹⁸ Enquanto que o objeto do Direito do Ambiente passa pelo património natural, protegendo o ambiente como valor intrínseco, o objeto do Direito do Urbanismo é o património construído, seja ele diferenciado ou indiferenciado. Vide CARLA AMADO GOMES, Introdução ao Direito..., *op. cit.*, p. 41.

³⁹⁹ Cfr. FERNANDO CONDESSO, Direito do ambiente: ambiente e território..., *op. cit.*, p. 73.

⁴⁰⁰ Vide, *ibid.*, p. 76.

⁴⁰¹ Neste sentido, *ibid.*, p. 74.

⁴⁰² O Direito da Saúde, enquanto área do Direito Administrativo, é um exemplo desta dispersão de normas com pendor ambiental, já que incorpora nos seus diplomas normativos várias disposições avulsas de defesa de interesses ambientais. É, aliás, este entrecruzamento, que motivou a escolha do objeto do presente estudo.

ganho crescente importância. Esta proteção coincide muitas vezes com limitações ao exercício de direitos dominiais ou atividades humanas, cabendo tanto ao Estado como aos cidadãos⁴⁰³ tomar parte ativa nela⁴⁰⁴.

Ora, no plano nacional, vem a Constituição da República Portuguesa de 1976 conferir ao Estado algumas tarefas neste domínio. Ainda que, no seu artigo 66.º, tenha esta estabelecido um “direito a um ambiente de vida humano, sadio e ecologicamente equilibrado e o dever de o defender”, a par com outras obrigações que estabeleceu para o Estado, sobre as quais nos debruçaremos em momento oportuno, denotou-se, num primeiro momento, uma grande inação pelo legislador ordinário. Com efeito, só volvidos onze anos desde a elaboração do texto constitucional é que aparece uma Lei de Bases do Ambiente⁴⁰⁵.

Não querendo retirar importância à Lei que veio inspirar toda a construção normativa que se seguiu, o facto é que esta, quando olhamos para a sua aplicação prática, só veio a ser aplicada com o seu máximo potencial ao longo da década de noventa, acompanhando aquelas que eram as preocupações ambientais emergentes de uma Europa cada vez mais atenta a esta problemática.

Às características já apontadas, acrescem duas bastante demarcadas, o facto de ser um direito estratégico e prospetivo, que se concretiza mormente por apelo a intervenções em grande escala, planificadoras e programadoras e que visa a proteção dos direitos dos indivíduos que hoje vivem, sem esquecer os direitos ambientais das comunidades futuras. Podemos dizer que é um ramo que não conhece limites temporais, visando a proteção para futuro. A par desta dimensão, é um direito que não conhece fronteiras espaciais, sendo o seu interesse global⁴⁰⁶.

Tempo agora de referir alguns dos princípios basilares do direito do ambiente, estando estes intimamente ligados com as características que fomos referindo.

Um dos primeiros a destacar é o princípio da transversalidade, ligado ao princípio da correção na fonte. O tratamento destes dois princípios em simultâneo decorre da circunstância de o direito ambiental procurar cada vez mais atuar a nível preventivo, sendo que o conteúdo normativo incide predominantemente sobre a fonte de poluição. Assim, ao invés da reparação do dano, adotar-se-á regulamentação que permita evitá-lo⁴⁰⁷, o que poderá originar que este ramo de direito incida sobre os

⁴⁰³ Quanto ao Estado, poderá recorrer essencialmente à criação de organismos próprios que procedam a uma promoção da qualidade ambiental. No que respeita aos cidadãos que sejam diretamente lesados, poderão pedir que a cesse a causa de violação, bem como requerer uma indemnização pelos danos sofridos.

⁴⁰⁴ Neste sentido, FERNANDO CONDESSO, *Direito do ambiente: ambiente e território...*, *op. cit.*, p. 76.

⁴⁰⁵ Lei n.º 11/87, de 7 de abril.

⁴⁰⁶ Cfr. FERNANDO CONDESSO, *Direito do ambiente: ambiente e território...*, *op. cit.*, p. 24.

⁴⁰⁷ Caso não seja possível, há princípios de direito do ambiente que atuam já sobre esta fase, como o princípio do poluidor pagador, princípio da restituição da situação existente antes da produção do dano e o princípio da responsabilidade do poluidor.

mais variados campos de atividade⁴⁰⁸. Esta dimensão estende-se aos cidadãos e a organizações não governamentais, que podem interpor ações populares para prevenção dos referidos danos.

Deixando de parte no nosso estudo, sob pena de nos estendermos demasiado nesta contextualização que se pretende breve, princípios de pendor mais processual, abordaremos agora dois princípios cuja distinção despoleta dúvidas frequentes. Falamos dos princípios da precaução e da prevenção.

A este respeito, debruçemo-nos sobre a distinção dada por FERNANDO CONDESSO. O princípio da prevenção atua sobre a fonte de poluição antes dela existir. Isto é, provando-se que há de facto um nexo de causalidade entre a potencial futura fonte de poluição e determinados danos ambientais que daí resultarão, a atividade em questão não deverá ser sequer criada, agindo preventivamente. Já no que concerne com o princípio da precaução, não é exigida prova científica para se travar aquela atividade ou conduta, servindo para “certas situações especiais com um mínimo de comprovação factual, independentemente da incapacidade de se apresentar ainda prova cientificamente comprovada”⁴⁰⁹. Baseia-se por isso em considerações casuísticas em momentos em que não há ainda forma de comprovar com base em factos científicos os riscos para o ambiente ou saúde humana associados à conduta ou atividade em apreço.

Antes de continuarmos o nosso estudo, faremos uma última nota contendente com um princípio cuja referência se considera relevante, o princípio da cooperação.

O princípio da cooperação, muito importante internacionalmente, já que apela ao entendimento internacional quanto às melhores formas de atuação para fazer frente aos principais problemas com que a sociedade se depara atualmente, exigindo diálogo, partilha de dados e debate entre administrações e organizações internacionais⁴¹⁰.

No plano internacional, o tratamento que é dado a este ramo em específico faz transparecer a crescente consciencialização de que a realização dos direitos humanos está intrinsecamente ligada à proteção ambiental, sendo que esta depende também de um exercício eficaz desses mesmos direitos. Contudo, carece de desenvolvimento a relação deste emergente Direito Ambiental com aspetos como a cultura, o desenvolvimento social e económico dos Estados e as desigualdades entre eles⁴¹¹.

⁴⁰⁸ Cfr. FERNANDO CONDESSO, *Direito do ambiente: ambiente e território...*, *op. cit.*, p. 79.

⁴⁰⁹ *Vide ibid.*, p. 83.

⁴¹⁰ Neste sentido, *ibid.*, p. 84.

⁴¹¹ Cfr. ANA DE JESUS; BRUNO SILVA, *Ambiente, “Economia Verde”...*, *op. cit.*, p. 308.

Quando atentamos em instrumentos mais antigos, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, constatamos que, ainda que não haja menção expressa à vertente ambiental, esta pode ser aí enquadrada, em virtude de esta conter no seu âmbito de aplicação a proteção dos elementos necessários à satisfação das necessidades básicas humanas.

Com o tempo, o nosso ordenamento jurídico foi-se adaptando àquilo que é a realidade internacional neste domínio. Um exemplo bastante ilustrativo deste caso foi a água, declarada pela ONU como um direito fundamental do homem.

Ora, enquanto que com o direito do ambiente o Estado tem duas funções essenciais – a primeira é a de não obstar à concretização desse direito, havendo, nos casos em que o contrarie, controlo por parte do Tribunal Constitucional e a segunda, que se prende com a necessidade de adotar uma postura de regulação cada vez mais garantística, determina que, após a produção de diplomas normativos que incidam sobre determinadas áreas esse nível de proteção não possa diminuir – com o direito à água o Estado tem de delimitar determinadas restrições a outros direitos que possam com este colidir, em virtude de este ser um direito fundamental específico . Ou seja, neste último caso não basta uma norma genérica⁴¹².

O princípio da sustentabilidade, ou desenvolvimento sustentável, será tratado autonomamente mais à frente neste estudo, por duas razões. Em primeiro lugar, porque o desenvolvimento sustentável tem uma importância emergente enquanto princípio norteador da atuação dos Estados e, em segundo lugar, mas não menos importante, porque há quem negue a sua natureza principiológica.

2. DEVERES ESTADUAIS DE PROTEÇÃO DO AMBIENTE: DO PODER CENTRAL AO PODER LOCAL

Ao longo da contextualização que foi sendo feita, já referimos, ainda que superficialmente, o artigo 66.º da nossa lei fundamental, sendo esta a disposição paradigmática no que respeita ao ambiente.

Todavia, a primeira referência constitucional aos direitos ambientais surge no artigo 9.º, que estabelece as tarefas fundamentais do Estado. Na alínea d) desta disposição menciona-se a importância de o Estado desenvolver políticas e pautar a sua atuação com o objetivo de “promover o bem-estar e a qualidade de 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

⁴¹² Neste sentido, FERNANDO CONDESSO, *Direito do ambiente: ambiente e território...*, *op. cit.*, p. 24.

económicas e sociais”. Também na alínea seguinte se destaca a proteção e valorização do património cultural do povo português, bem como a defesa da natureza e do ambiente, com necessidade de preservação dos recursos naturais e um correto ordenamento do território.

Esta norma é importante no sentido de incluir no leque de tarefas fundamentais do Estado os direitos ambientais, ainda que esta seja uma menção geral. Só no artigo 66.º, cuja epígrafe se refere a “Ambiente e qualidade de vida”, se densificam as incumbências do Estado no sentido de assegurar este “ambiente de vida humano, sadio e ecologicamente equilibrado”.

Aliás, como afirma FERNANDO CONDESSO, na Constituição Portuguesa de 1975 havia já algumas referências ambientais, mas cuja inserção se justificava pela contingência de estas poderem afetar a saúde humana. Ou seja, o ambiente ainda não era encarado como bem jurídico merecedor de proteção, centrando-se a preocupação jurídica na defesa da qualidade de vida humana⁴¹³.

Quando o legislador constitucional decidiu incluir exigências de pendor ambiental no texto constitucional e, especificamente, no grupo dos direitos sociais, não só sujeitou o Estado a respeitar esses direitos, como também lhe concedeu determinadas obrigações-atribuições, desde logo proibindo que haja retrocessos nesse campo⁴¹⁴.

Assim sendo, uma atuação do Estado que não seja compatível com a efetivação destes direitos fundamentais, seja porque os desrespeita e com eles colide frontalmente, seja porque não estabelece uma regulação que os proteja eficazmente e os deixa em posição de vulnerabilidade, estará sujeita ao controlo pelo Tribunal Constitucional. Por outra banda, a partir do momento em que o Estado estabeleça regulação mais garantística nesta matéria, não poderá depois recuar, por força do princípio da não regressão que protege os direitos fundamentais sociais, impedindo-se assim um retrocesso na proteção anteriormente conferida. Estas situações são também alvo de controlo pelo Tribunal Constitucional.

Para CARLA AMADO GOMES, “a missão de protecção e promoção da qualidade dos bens ambientais naturais gera, para o Estado e demais entidades públicas com atribuições nesta área, incumbências de ordem vária”⁴¹⁵. Seguindo a linha de raciocínio da mesma autora, estas funções dividem-se em quatro grupos, consoante a natureza que revestem – política, legislativa, executiva e jurisdicional⁴¹⁶.

⁴¹³ Neste sentido, FERNANDO CONDESSO, *Direito do ambiente: ambiente e território...*, *op. cit.*, p. 28.

⁴¹⁴ *Cfr. ibid.*, p. 24.

⁴¹⁵ *Vide* CARLA AMADO GOMES, *Introdução ao Direito...*, *op. cit.*, p. 29.

⁴¹⁶ Dentro desta tipologia genérica, a autora distingue ainda, no âmbito das incumbências políticas, aquelas que são características do plano interno e do plano internacional. Já na segunda elencada, a legislativa, podemos separar três categorias de normas – organizativas, substantivas e adjetivas (consoante versem sobre aspetos estruturais, sobre questões substantivas de prevenção, responsabilidade ou fomento, ou ainda, sobre os requisitos e regime da legitimidade para intervir em procedimentos administrativos e judiciais, respetivamente). As funções executivas são as mais diversas, compreendendo

De forma a percebermos o alcance e a diversidade destas incumbências, podemos desde logo enunciar algumas. Como fomos já referindo, estas resultam muitas vezes de legislação avulsa, enquadrada nas mais diversas áreas, sendo que será inevitável abordarmos em vários momentos deste estudo algumas delas.

De forma muito abrangente, deve o Estado prevenir sempre que for possível, e controlar, quando não o seja, os níveis de poluição causados por determinadas atividades ou condutas. A par desta, deve também procurar atuar sobre outras problemáticas relacionadas com a erosão da zona costeira ou com a perda de biodiversidade, – através da constituição de reservas e de parques naturais – promoção da utilização racional dos recursos naturais, promoção da educação ambiental e da sensibilização comunitária para estes temas, alargar as bases de intervenção das normas fiscais com pendor ambiental, com apelo ao conceito de fiscalidade verde e promover um ordenamento do território cuidado e com respeito pelo necessário equilíbrio entre desenvolvimento e ambiente⁴¹⁷.

Em suma, cumulando as incumbências que resultam do direito internacional, europeu, do nosso texto constitucional e dos restantes diplomas legais que contêm normas ambientais no nosso ordenamento jurídico, temos um direito do ambiente com uma vertente horizontal patente, visto ser comum apelar à integração de preocupações, objetivos e considerações ambientais em várias políticas.

Estas incumbências corporizam a vertente positiva, de atuação, que o Estado terá de adotar neste domínio. Será impossível estabelecer um elenco taxativo, dada a dispersão das normas ambientais, no entanto, pensamos ter enumerado algumas das mais pungentes.

Este direito positivo é um verdadeiro dever de defesa do ambiente que se coloca ao Estado e aos cidadãos. Tem duas vertentes operativas, sendo que uma se define como imposição de não poluir e a outra como a faculdade de impedir que outros o façam⁴¹⁸.

Do lado negativo, estará o Estado e, mais uma vez, os particulares, obrigados a abster-se de práticas ambientalmente nocivas.

Ademais, e no que respeita aos cidadãos, é-lhes até permitido exercer um direito de resistência face a atuações da Administração que possam colidir com este mandamento constitucional⁴¹⁹.

incumbências de polícia, de fomento, formativas e informativas. Por fim, a jurisdicional, o poder de decidir no caso concreto, de dirimir conflitos nesta matéria.

⁴¹⁷ Cfr. FERNANDO CONDESSO, *Direito do ambiente: ambiente e território...*, *op. cit.*, p. 28.

⁴¹⁸ Cfr. *ibid.*, p. 30.

⁴¹⁹ Neste sentido, *ibid.*, p. 25.

À semelhança do que se fez anteriormente, será pertinente autonomizar o direito à água neste tópico. Desde que foi considerado um direito fundamental pela ONU que, como vimos, passou a estar sujeito a um regime mais restrito de proteção⁴²⁰, o que, portanto, implica que em relação a este direito em específico se aplique o “regime constitucional específico e muito rigoroso” dos DLG. Em situação semelhante encontramos o direito de acesso à informação, sendo este considerado um direito fundamental análogo⁴²¹.

Procuraremos agora debruçar-nos sobre o específico papel das Autarquias Locais enquanto agentes promotores e, simultaneamente, protetores da dimensão ambiental. A autonomização do seu estudo radica na contingência de as suas instâncias de poder estarem próximas da população e das suas atividades, tornando mais fácil a identificação de fontes de poluição e de medidas eficazes para melhorar esta problemática.

2.1. O PAPEL DAS AUTARQUIAS LOCAIS

Como foi já abordado anteriormente neste estudo, existem vários determinantes que influenciam o estado de saúde da população, sendo que uma parte substancial das políticas internacionais e nacionais de saúde fundamentam a sua atuação com base no controlo destes mesmos determinantes.

Este modelo tem a vantagem de pôr em evidência a proteção da saúde e Prevenção da Doença, promovendo uma intervenção que se situa fundamentalmente no momento que antecede o aparecimento da doença. É também um modelo dinâmico e inclusivo, já que permite uma adequação de medidas às diferentes fases da vida dos cidadãos, considerando quais as necessidades específicas ou mais prementes em cada grupo.

Também já foi tratado o conceito de “Saúde em todas as Políticas”, intimamente ligado com este entendimento dos Determinantes Sociais da Saúde e cujo objetivo “é integrar a análise da saúde, do bem-estar e da equidade no desenvolvimento, implementação e avaliação das políticas, o que na prática exige uma nova forma de governação em que se desenvolve uma liderança conjunta no interior do governo, transversal a todos os sectores e em todos os níveis de actuação política”⁴²².

⁴²⁰ Cfr. decorre do n.º 2 do artigo 16.º da CRP, que determina que “preceitos constitucionais e legais relativos aos direitos fundamentais devem ser interpretados e integrados de harmonia com a Declaração Universal dos Direitos do Homem”.

⁴²¹ Cfr. decorre do n.º 2 do artigo 268.º da CRP, que dispõe que “Os cidadãos têm também o direito de acesso aos arquivos e registos administrativos, sem prejuízo do disposto na lei em matérias relativas à segurança interna e externa, à investigação criminal e à intimidade das pessoas”.

⁴²² Vide LORD CRISP, Um futuro para a saúde: Todos temos um papel a desempenhar. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2014, p.89.

Ora, na prática, podemos então assumir que, convocando a proteção da saúde uma atuação conjunta de todas as políticas, então, também a política ambiental deverá colaborar para a realização desta demanda.

Aliás, admite-se até que seja esta uma das áreas de atuação mais preponderante, já que “a Promoção da Saúde está cada vez mais associada à sustentabilidade, pois em muitos casos, as melhores escolhas para a saúde são também as melhores escolhas para o planeta; e as escolhas mais éticas e benéficas para o ambiente são também boas para a saúde”⁴²³.

Se esta relação já é evidente no plano científico, vemos que na prática as áreas da sustentabilidade ambiental e da saúde são, infelizmente separadas com frequência. A melhor forma de combater este indesejável distanciamento é demonstrar que unindo as duas com mais regularidade, verificaremos ganhos em ambas. Isto é, colaboração intersectorial é mais eficaz quando se destacam os co-benefícios resultantes dessa atuação.

É precisamente neste ponto que o papel das Autarquias Locais poderá ganhar relevância. Uma boa atuação a nível das comunidades, com a identificação dos vários problemas que afetam cada uma das populações pode trazer grandes mais valias. Para isso, é necessário que estejam reunidas determinadas condições, jurídicas, económicas e sociais, o que já parece acontecer em alguns países.

A título de exemplo, na Suécia, as questões relacionadas com a saúde pública são tratadas pelo poder local. Neste Estado, são as autoridades locais que exercem uma competência quase exclusiva no que toca aos serviços de saúde, tendo responsabilidades acrescidas na administração de recursos e concretização de medidas de promoção de saúde concretas.

Debruçando-nos agora especificamente sobre o caso português, e numa tentativa de relacionar determinados défices na atuação do Estado no que ao ambiente respeita com a própria saúde das populações, iremos procurar estabelecer alguns dos principais motivos que sustentam essas falhas. Paralelamente, importa refletir como é que as Autarquias Locais podem contribuir para uma mudança efetiva, na medida em que, em virtude da sua própria natureza e características, usufruem de uma posição privilegiada para o fazer.

Em linha com os objetivos que acima estabelecemos, identificamos desde logo que é precisamente a nível autárquico que uma parte substancial dos problemas têm origem. Grande parte dos desequilíbrios ecológicos e ambientais em território nacional resultam de um incorreto ordenamento do território e falta

⁴²³ Vide LORD CRISP, Um futuro para a saúde..., *op. cit.*, p.89.

de planeamento das atividades desenvolvidas. Ora, o planeamento do território é competência das Autarquias Locais, sendo várias vezes referido ao longo do regime jurídico das Autarquias Locais⁴²⁴. Pela análise do diploma encontramos uma menção ao planeamento enquanto atribuição da Autarquia Local, em sentido geral, na alínea b) do seu artigo 3.º. Já no âmbito específico da freguesia, expõe o artigo 7.º, no n.º 3, que “as atribuições das freguesias abrangem ainda o planeamento, a gestão e a realização de investimentos nos casos e nos termos previstos na lei”.

Já numa jurisdição mais alargada, o município, cabe à Câmara Municipal participar nesse planeamento, emitindo pareceres que serão depois sujeitos à apreciação e aprovação de um outro órgão autárquico, a Assembleia Municipal⁴²⁵.

Todavia, o papel das entidades locais não se esgota aqui. É importante não esquecer que a Lei que estabelece o regime jurídico das Autarquias Locais destaca também, na alínea b) do n.º 1 do artigo 67.º como sendo competência das áreas metropolitanas a promoção do “planeamento e a gestão da estratégia de desenvolvimento económico, social e ambiental do território abrangido”.

Semelhante a esta é a redação da norma que consagra a mesma atribuição na alínea a) do n.º 1 do artigo 81.º, desta vez em relação às comunidades intermunicipais.

Desta feita, concluímos que a Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro, vem consagrar como principais promotoras de um planeamento organizado, as entidades locais, cada uma delas operando na jurisdição sobre a qual exerça poderes efetivos.

Quanto ao ordenamento do território, vem a mesma Lei estabelecer este ponto como sendo competência das freguesias, na alínea j) do n.º 2 do artigo 7.º, especificando que a Junta de Freguesia deve colaborar com a Câmara Municipal no processo de elaboração e discussão pública desses planos, promovendo também a sua consulta pelos interessados⁴²⁶.

Já na alínea n) do n.º 2 do artigo 23.º se estabelece o ordenamento do território e urbanismo como atribuições do município, cabendo à Assembleia Municipal aprovar atos neste domínio, como dispõe a alínea r) do n.º 1 do artigo 25.º.

⁴²⁴ Estabelecido pela Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro, na sua versão atualizada.

⁴²⁵ Cfr alínea b) do n.º do artigo 33.º da Lei n.º 75/2013, de 12 de setembro.

⁴²⁶ Cfr as alíneas q), r) e s) do n.º 1 do artigo 16.º, que estabelece as competências materiais da Junta de Freguesia, da lei 75/2013, de 12 de setembro.

Às áreas metropolitanas, bem como às comunidades intermunicipais, cabe “assegurar a articulação das atuações entre os municípios e os serviços da administração central” em vários domínios, sendo um deles o ordenamento do território, conservação da natureza e recursos naturais⁴²⁷.

Em paralelo, o legislador estabelece, tanto para as freguesias como para os municípios, a obrigação de zelar e promover e salvaguarda da salubridade, saneamento básico e qualidade ambiental⁴²⁸. Já as áreas metropolitanas, através do conselho metropolitano, e as comunidades intermunicipais, através dos conselhos intermunicipais, devem aprovar planos metropolitanos e planos intermunicipais de gestão ambiental, respetivamente⁴²⁹.

Ora, verifica-se que as Autarquias Locais, ainda que tenham poderes para tal, raras vezes implementam medidas que tenham como desiderato a promoção e sustentabilidade ambiental, limitando-se por isso a pôr em prática políticas criadas pela administração central. A isto acresce a frequente descoordenação entre a administração central e local no que toca à sua execução, o que leva a posições desajustadas e ineficazes.

Tendo as Autarquias Locais uma posição de proximidade e legitimação democrática que as favorece na criação de medidas concretas para aquele espaço geográfico que constitui a sua jurisdição, porque é que no que toca ao planeamento do território as opções são quase sempre feitas tendo como base demandas económicas, relegando para segundo plano a vertente ambiental. São vários os constrangimentos que podem, na prática, comprometer este equilíbrio.

A falta de recursos, materiais ou humanos, leva a que muitas vezes estas atribuições legais não se corporizem, ou pelo menos não com a qualidade desejável. Aliás, a própria estrutura administrativa pode dificultar o trabalho de implementação de certas políticas. Muitas vezes, até a forma como se privilegia o desenvolvimento económico de cada região em detrimento da componente ambiental faz com que a implementação de indústrias e empresas não tome em consideração o desenvolvimento sustentável, mas antes a capacidade de desenvolvimento económico e social que podem oferecer à população⁴³⁰.

De forma a perceber o impacto que um mau planeamento pode ter na sustentabilidade ambiental, basta pensar que em Portugal verifica-se uma má distribuição da população, concentrando-se esta essencialmente no litoral e despoletando uma sobreexploração dos recursos aí existentes. O maior

⁴²⁷ Como resulta da alínea d) do n.º 2 do artigo 67.º e da alínea d) do n.º 2 do artigo 81.º, respetivamente.

⁴²⁸ No que toca às freguesias, a atribuição resulta do exposto na alínea h) do n.º 2 do artigo 7.º. quanto aos municípios, surge plasmada na alínea k) do n.º 2 do artigo 23.º da já referida lei.

⁴²⁹ Cfr previsto na subalínea iv), da alínea d), do n.º 1 do artigo 71.º e subalínea iv), da alínea d), do n.º 1 do artigo 90.º.

⁴³⁰ Neste sentido, LUÍS NOGUEIRO, *Práticas de Gestão Ambiental na Administração Pública*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: FCT – UNL, 2008, p.22.

desenvolvimento dessas zonas, quando comparadas com o interior do país, é a grande responsável por esse fluxo de pessoas. Paralelamente, esse grau de desenvolvimento sustenta-se na indústria aí existente, causadora de emprego, mas também de poluição. Quanto a este último ponto, a poluição revela o seu verdadeiro poder devastador não só a nível da quantidade, mas sobretudo pelas zonas onde se concentra, como acontece no caso dos estuários, ecossistemas já muito frágeis por natureza.

Aliás, a acrescer a isto temos a erosão da zona costeira provocada pela subida da água do mar, consequência do aquecimento global. Por outro lado, nas zonas interiores, onde as práticas agrícolas nem sempre são as mais adequadas, a degradação da qualidade do solo tem vindo a ser alvo de uma preocupação crescente.

De facto, este desleixo verificado na grande maioria das Autarquias não é de estranhar. Desde logo, não há indicadores económicos e sociais eficientes que ponham em evidência, a nível local, o impacto ambiental negativo que pode surgir associado a determinadas decisões ou políticas⁴³¹. É, portanto, difícil que se meçam danos ambientais, que não são grande parte das vezes visíveis, sem se ter sequer um fator de medição.

Com o objetivo de tornar as Autarquias Locais elementos cada vez mais ativos na promoção de um desenvolvimento ambiental sustentável, Portugal aderiu à Estratégia Nacional de Desenvolvimento Sustentável (doravante ENDS), tendo este como principal objetivo a implementação de sistemas de sustentabilidade ambiental⁴³².

O projeto *Agenda 21* foi adotado na Conferência das Nações Unidas sobre Ambiente e Desenvolvimento, em 1992, e visa orientar os mais diversos intervenientes, desde Governos a Organizações Internacionais, sem esquecer a sociedade civil, para a necessidade de encontrar soluções que permitam conciliar o desenvolvimento económico e social com a preservação ambiental e o desenvolvimento sustentável. No que respeita à *Agenda 21 Local*, os principais visados serão os autarcas, os técnicos, as empresas e as associações que tenham poder de facto para implementar estas realidades a nível local.

⁴³¹ Por norma, as decisões e políticas que levem em conta a vertente ambiente e que requeiram para um plano secundário a componente económica e social não são tão bem aceites por uma comunidade que, embora se preocupe cada vez mais com a qualidade ambiental, ainda se mostra, em muitos pontos, indiferente. Também a falta de sensibilidade dos políticos nesta matéria não ajuda a integração destes elementos na hora de ponderar as medidas.

⁴³² AGÊNCIA PORTUGUESA DO AMBIENTE; TERRA, Guia Agenda 21 Local, Um desafio para todos. Amadora: Agência Portuguesa do Ambiente, 2007, p. 5.

Em linha com o que foi dito, também a União Europeia sentiu a necessidade de desenvolver a sua própria estratégia, conhecida como a Estratégia Europeia de Desenvolvimento Sustentável (doravante EEDS).

Esta orientação estratégica tem como propósito “servir de catalizador para a classe política e opinião pública em geral, transformando-se numa força liderante, quer para as reformas institucionais, quer para mudanças comportamentais das empresas e dos consumidores”⁴³³. Ou seja, a União Europeia assume a importância que o poder político desempenha, na medida em que lhe caberá alterar o atual paradigma, promovendo políticas e ações que tenham na sua base considerações de cariz ambiental, mas também exalta o papel dos cidadãos e empresas por se concentrar neles a responsabilidade de aderir a essas políticas, alterando os seus normais padrões de consumo e investimento.

Historicamente, podemos localizar em 2001 a primeira grande estratégia da União Europeia no que se refere ao desenvolvimento sustentável⁴³⁴.

Todavia, sendo esta uma área em constante mutação, seja pelo seu carácter relativamente recente, seja pelo elevado teor científico que apresenta – o que, claro está, faz com que seja extremamente permeável ao desenvolvimento científico e tecnológico que se registe a cada momento – o certo foi que, volvidos alguns anos, emergiu a necessidade de reformular aquilo que eram os primeiros passos em direção a uma política global que contribuisse eficazmente para o desenvolvimento sustentável⁴³⁵.

O que parece ser certo é que, à medida que esta evolução se processava, havia também um movimento de sensibilização das populações, por um lado, e, por outro, uma maior preocupação das instituições no que respeitasse este tipo de matérias.

⁴³³ AGÊNCIA PORTUGUESA DO AMBIENTE; TTERA, Guia Agenda 21 Local..., *op. cit.*, p. 7.

⁴³⁴ Esta estratégia foi implementada pela Comunicação da Comissão Europeia COM(2001) 264 final. O momento em que a União Europeia decide elaborar uma estratégia séria e pensada sobre desenvolvimento sustentável não foi aleatório. Esta construção nasce de um contexto marcado pela realização da Cimeira da Terra, em 1992, bem como as decisões emanadas da conferência de acompanhamento Rio+5. Também a Cimeira de Joanesburgo de 2002 influiu na criação deste documento, tendo este constituído o contributo da UE para a participação nesta.

⁴³⁵ A primeira revisão aconteceu em 2006, através da nota do Conselho da União Europeia 10117/06, de 9 de junho de 2006, em que se estabeleceu o texto definitivo que constituiu a nova Estratégia da UE para o Desenvolvimento Sustentável. Já a 18 de março de 2009, a Comissão Europeia decidiu que seria proveitoso consultar a respeito desta matéria o Comité Económico e Social Europeu, tendo este emitido um parecer sobre as Perspetivas para a Estratégia de Desenvolvimento Sustentável. Ao longo deste parecer é patente a assunção da necessidade de revitalizar ou promover vários aspetos, incluindo a capacitação das autoridades locais. Destarte, vemos várias alusões ao poder local ao longo do parecer. Logo na conclusão 1.9. assume-se que o “desenvolvimento sustentável necessita de um compromisso e acções a nível local”. Ou seja, para o Comité esta participação e colaboração ativa é essencial para a continuidade e aperfeiçoamento deste tipo de políticas. Na recomendação seguinte corrobora-se esta ideia de essencialidade através da afirmação “é essencial que o nível político assuma claramente a responsabilidade pela aplicação da estratégia de desenvolvimento sustentável, e isso tanto a nível europeu como nacional, regional e local”. Todavia, as potencialidades de uma atuação empenhada a nível local são exaltadas mais vezes ao longo do documento. Na recomendação 5.8. refere-se que “o desenvolvimento sustentável constrói-se com empenhamento e acção a nível local” e, logo a seguir, na recomendação 5.9. estipula-se que “outro interveniente importante nas futuras actividades é o nível infra-nacional, especialmente o poder local”. Esta ideia é reforçada no 8.1., que estatui que o “desenvolvimento sustentável e a política ambiental e energética devem estar arraigados ao nível local”. Por tudo isto, consideramos seguro concluir que a União Europeia assume abertamente a importância crescente do poder local na implementação de medidas e na sensibilização das populações, já que nenhuma estratégia será profícua se os particulares não virem motivo ou justificação para alterar os seus padrões de comportamento e consumo.

Assim, dois anos após a realização da Cimeira da Terra, surge a primeira Conferência Europeia das Cidades e Vilas Sustentáveis. Estas conferências contribuíram com várias melhorias neste contexto. Foi a partir da sua concretização que surgiram redes de autoridades locais cujo propósito seria dinamizar e promover alguns processos constantes na Agenda 21 Local, enquanto se zelava pela manutenção e aprofundamento do grau de compromisso e empenhamento do governo local.

Aliás, decidimos abordar este tema através desta vertente internacional pois foram precisamente estes compromissos internacionais aos quais o Estado português aderiu e com os quais se comprometeu que levaram depois a que esse mesmo Estado tivesse de adotar políticas e mecanismos que lhe permitissem levar a cabo a sua tarefa.

2.2. REDES DE COOPERAÇÃO

Como tivemos oportunidade de referir, a consciencialização para a importância do ambiente e da sua preservação é, podemos afirmar, relativamente recente. Aliás, ainda que vozes isoladas pudessem pôr em evidência que os recursos naturais dos quais nos servimos são finitos e estão a ser sobrexplorados em virtude da forma como a sociedade funciona, pondo em risco o equilíbrio dos ecossistemas a nível mundial e causando a extinção de múltiplas espécies, constituindo até um risco para a própria espécie humana, o facto é que só podemos considerar que houve progressos significativos com marcos como a Declaração do Rio ou a Declaração de Estocolmo.

Ora, uma das características dos danos ambientais é precisamente o facto de não conhecerem fronteiras. Deste modo, ainda que os danos ambientais possam ter origem numa zona, os seus efeitos podem fazer-se sentir numa área muito distante. Daqui resulta que os danos ambientais podem ser produzidos num Estado e afetar outro(s), levantando importantes questões principalmente no que concerne com a própria noção de soberania do Estado.

Cada Estado é composto de três elementos essenciais: território, povo e poder político. Se um destes elementos falhar, então não podemos assumir que estamos perante um Estado em sentido clássico.

Dentro do seu território, como decorre aliás do princípio da soberania, o Estado tem poder sobre os recursos naturais, podendo usá-los como entender, ainda que haja limitações. Dessa utilização, como foi suprarreferido, podem derivar, em alguns casos, graves implicações para Estados vizinhos, que em nada têm que ver com as práticas levados a cabo pelo Estado causador do dano ambiental.

É sobre as limitações a que pode um Estado estar sujeito na utilização dos seus recursos naturais e na sua relação com o princípio da soberania em contexto internacional que urge tecer algumas considerações.

No que toca aos deveres do Estado para com a comunidade internacional neste âmbito, destaca-se o dever de indemnizar⁴³⁶ eventuais prejuízos causados por agentes poluentes que tenham origem em alguma zona do seu território mas que para lá dele se projetem. A par deste, há outros deveres que se impõem perante o Estado, como é o caso do dever que decorre de algumas convenções internacionais de conservar um ou mais bens ambientais específicos.

E quanto a um dever geral de proteção do ambiente que se manifeste antes do dano? Para CARLA AMADO GOMES, “não existe um dever geral de prevenção de danos ambientais oponível ao Estado *dentro* de território sob sua jurisdição”⁴³⁷. Quer isto dizer que, até que não haja dano, a comunidade internacional não tem, à partida, qualquer meio de ingerência na atividade daquele Estado. Sustenta-se esta ideia precisamente na noção de soberania estadual e na contingência de a proteção ambiental não ser ainda um princípio geral de Direito Internacional.

De todo o modo, é indiscutível o carácter transfronteiriço de muitas questões ambientais e, nesse sentido, é essencial a criação de mecanismos que permitam uma cooperação ativa dos vários Estados nesse domínio, passando pela partilha de dados ambientais e implementação de programas de controlo ambiental.

De uma perspetiva europeia, estas redes de cooperação têm-se revelado bastante eficazes na resolução de problemas de índole ambiental, quer no que respeite às relações internas e entre países vizinhos da União Europeia, quer no que concerne com a relação com países terceiros e organizações internacionais.

Partindo de um ponto de vista europeu, a principal entidade com competências neste domínio é a Agência Europeia do Ambiente (doravante AEA), criada através do Regulamento (CEE) n.º 1210/90 do Conselho, de 7 de maio de 1990. No mesmo Regulamento em que esta Agência foi instituída, criou-se também a Rede Europeia de Informação e Observação do Ambiente (doravante designada EIONET). Ora, o Regulamento inicial sofreu frequentes, e muitas vezes substanciais, alterações, o que motivou a

⁴³⁶ Nas palavras de CARLA AMADO GOMES, esta “vinculação indemnizatória contraria a intenção preventiva que pontifica no Direito Ambiental”. Vide CARLA AMADO GOMES, *Direito Internacional do Ambiente: Uma Abordagem Temática*. 1ª edição. Lisboa: AAFDL, 2018, p.40.

⁴³⁷ Cfr. CARLA AMADO GOMES, *Direito internacional do ambiente...*, *op. cit.*, p.40

pretensão de codificar toda a sua disciplina num novo diploma, o Regulamento n.º 401/2009 do Parlamento Europeu e do Conselho de 23 de abril de 2009.

A EIONET foi pensada como uma forma de compilar os dados ambientais recolhidos pelos vários organismos de cada Estado-Membro que se dedicavam já a este tipo de matérias. Assim, a Rede nasce da assunção da necessidade de tratar os dados reunidos e proceder à sua análise a fim de diagnosticar os principais problemas e falhas e, antes de partir para a implementação de medidas ambientais, perceber em que pontos específicos é necessária uma maior intervenção legislativa⁴³⁸. Paralelamente, ter uma base de dados vasta e organizada permite ter perceção das melhorias nos diferentes setores de intervenção, indicando quais as políticas que têm maior grau de eficácia e quais precisam de ser alteradas ou reformuladas⁴³⁹.

Transpondo aquela que é a complexidade associada ao funcionamento da rede para uma linguagem esquemática, a EIONET serve como elemento de cooperação entre as redes estabelecidas por cada Estado a nível nacional⁴⁴⁰, contribuindo para que esses dados possam ter projeção a nível regional, europeu e até internacional⁴⁴¹.

No fundo, os dados que eram recolhidos a nível local passam a constituir conteúdos comuns, podendo ser comparados, divulgados e avaliados⁴⁴².

Uma incumbência desta magnitude exige uma cooperação institucional multinível. Geralmente, cabe à AEA, enquanto entidade responsável pela coordenação e desenvolvimento da rede, assegurar a comunicação entre as várias agências ou ministérios ambientais dos Estados envolvidos. Paralelamente, é sua incumbência auxiliar a Comissão a garantir o pleno respeito pela legislação comunitária vigente, cooperando com instituições existentes a nível comunitário, como estipula o considerando 9 do supramencionado regulamento.

⁴³⁸ Os objetivos que a AEA visa alcançar são aqueles que resultam do artigo 2.º do Regulamento n.º 401/2009 do Parlamento Europeu e do Conselho de 23 de abril de 2009. Da sua leitura resulta que a AEA, através da criação de um instrumento próprio, neste caso, da EIONET, prestará auxílio à Comissão no seu papel de “guardiã” das políticas ambientais implementadas e decisora das políticas a aplicar, bem como no tratamento e divulgação da informação recolhida.

⁴³⁹ Como resulta dos considerandos 5, 6 e 7 do Regulamento n.º 401/2009 do Parlamento Europeu e do Conselho de 23 de abril de 2009, é intenção da EIONET criar uma base de dados que permita, por uma banda, aos agentes políticos tomarem decisões acertadas e razoáveis e, por outra, assegurar ao público um acesso a informação fidedigna em tempo útil. Esta maior transparência e organização contribui para a maior capacitação dos cidadãos e, consequentemente, para uma tomada de consciência em maior escala.

⁴⁴⁰ A coordenação das redes a nível nacional é feita através dos denominados Pontos Focais Nacionais, que assumem mormente a forma de agências ambientais ou ministérios do ambiente.

⁴⁴¹ AGÊNCIA EUROPEIA DO AMBIENTE, Sobre a EIONET. Copenhaga: Equipa web EEA. Disponível em: <https://www.eea.europa.eu/pt/about-us/countries-and-eionet>. [Consult. 25 ago. 2020].

⁴⁴² “Entre as publicações de referência de âmbito supranacional desta organização, conta-se a série de relatórios “Environmental Signals”, estruturados através de indicadores ambientais-chave que descrevem os progressos realizados em determinadas políticas a nível europeu.” Cfr. AGÊNCIA PORTUGUESA DO AMBIENTE, AEA. Lisboa: APA. Disponível em: <https://apambiente.pt/index.php?ref=19&subref=363&sub2ref=365>. [Consult. 27 ago. 2020].

A título de exemplo, verifica-se uma estreita cooperação entre a Agência e o Centro Comum de Investigação e entre ela e o Eurostat, sendo que os pilares básicos dessa cooperação vêm elencados de forma sucinta no Anexo I do regulamento.

De reter também que a cooperação internacional era reconhecida como um dos objetivos da Conferência das Nações Unidas sobre Ambiente e Desenvolvimento, que aconteceu no Rio de Janeiro em 1992. No seu princípio 7 assume-se uma responsabilidade comum dos Estados pelos ecossistemas terrestres, na medida em que nenhum se pode desvincular de preocupações que passem pela sua conservação, mas ao mesmo tempo diferenciada. Neste campo, a pressão para que os Estados produzam legislação e adotem políticas “amigas” do ambiente e que promovam um desenvolvimento cada vez mais sustentável, não é igual. Assume-se que esse papel cabe primordialmente aos Estados mais desenvolvidos, já que são eles que à partida terão meios que lhe facilitem essa tarefa, podendo servir de exemplo de atuação para países menos desenvolvidos “através do intercâmbio de informações científicas e técnicas, e aumentando o desenvolvimento, a adaptação, a difusão e a transferência de tecnologias”, como realça o princípio 9.⁴⁴³

Deixamos ainda uma nota sobre a parte final do princípio 12.^o, que versa precisamente sobre a resolução de problemas ambientais transfronteiriços. A resolução dessas questões deve passar sobretudo por instrumentos que envolvam o consenso das partes⁴⁴⁴, relegando para segundo plano a possibilidade de adoção de ações unilaterais.

3. OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

3.1. CONCEITO OU PRINCÍPIO

O conceito de desenvolvimento sustentável está amplamente presente no nosso quotidiano, servindo muitas vezes como uma tentativa de aproximação ou conciliação entre o crescimento económico e a preservação da qualidade ambiental.

⁴⁴³ Será importante referir que a já aludida Convenção não descurou aspetos económicos e de política comercial, sendo que estes não devem ser vistos como obstáculos ao desenvolvimento sustentável, antes formas de o alcançar. Isto exige desde logo que as medidas de política comercial passem a incluir critérios ambientais de forma mais frequente e mais ambiciosa, não podendo, contudo, servir de pretexto para introduzir ponderações discriminatórias.

⁴⁴⁴ Daí que se faça apelo, não raras vezes, à produção de legislação nacional e internacional nesta matéria, de modo a assegurar uma proteção homogénea e eficaz de todos aqueles que sofram as consequências provocadas por danos ambientais.

A noção ganhou ímpeto e desenvolvimento com a *Comissão para o Ambiente e Desenvolvimento*, da qual emanou o *Relatório Brundtland*⁴⁴⁵. Assim, tal como resulta do Relatório, o desenvolvimento sustentável é um desenvolvimento que tome em consideração as necessidades das gerações atuais, mas que com isso não comprometa ou impeça a satisfação das necessidades das gerações futuras.

É um conceito que assume um carácter norteador em matérias ambientais, sem que, contudo, consiga muitas vezes impor-se ou prevalecer sobre interesses económicos.

A este respeito, importa refletir sobre a verdadeira natureza do *desenvolvimento sustentável*. Será que podemos considerar que este é um verdadeiro princípio jurídico? Nas palavras de CARLA AMADO GOMES, cuja interpretação vai de encontro à doutrina dominante, é “duvidoso que o desenvolvimento sustentável consiga configurar um princípio – porque lhe falta a normatividade, a vocação de aplicação a um conjunto de situações baseadas em determinados pressupostos bem estabelecidos; bem como a prática, consistente e coerente, das suas premissas”⁴⁴⁶.

Destarte, ainda que seja frequente a sua utilização, não poderemos assumir que o *desenvolvimento sustentável* seja um verdadeiro princípio jurídico internacional. Se o fosse, seria com certeza dotado de maior constância, já que na sua base estaria um consenso real, não poderia surgir como uma mera noção cujos contornos são muitas vezes instrumentalizados ao serviço de uma visão economicista de desenvolvimento.

3.2. DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E UNIÃO EUROPEIA

De todo o modo, apesar de ser muitas vezes prejudicado pela sua própria indefinição e carência de delimitação objetiva, misturando matérias sociais, económicas e ambientais, este conceito acaba por surgir nos mais emblemáticos tratados europeus, consumando-se, no art.º 3/3 do Tratado da União Europeia, como um objetivo que a União se compromete a prosseguir.

De um ponto de vista mais específico, este tema foi abordado pela Comunicação da Comissão intitulada *Desenvolvimento Sustentável na Europa para um mundo melhor: Estratégia da União Europeia*

⁴⁴⁵ Não obstante a popularização do termo no supramencionado relatório, há quem localize o nascimento desta noção em 1972, na Declaração de Estocolmo. Ainda que a nomenclatura dada não seja a que veio depois a vulgarizar-se, nesta declaração aparecem em vários momentos reflexões que podemos facilmente reconduzir a esta ideia. A título de exemplo, no princípio 4 atribui-se importância aos fatores ambientais e à conservação da natureza aquando da planificação do desenvolvimento económico.

⁴⁴⁶ Cfr. CARLA AMADO GOMES, *Direito internacional do ambiente...*, *op. cit.*, p.204.

*em favor do Desenvolvimento Sustentável*⁴⁴⁷. Embora não tenha uma pretensão utópica, nem procure formular o conceito de *desenvolvimento sustentável* como sendo um verdadeiro princípio norteador, assume as incompletudes desse mesmo objetivo e enfatiza o caminho que falta ainda percorrer⁴⁴⁸.

Conforme resulta da supramencionada Comunicação, “a estratégia de desenvolvimento sustentável deverá ser um catalisador para os decisores políticos e a opinião pública nos próximos anos e tornar-se a força motriz da reforma institucional e das mudanças de comportamento das sociedades e dos consumidores”.

Se se pretende provocar uma mudança social e institucional relevante será necessário que se parta de uma atuação a longo prazo, com definição de políticas e uma precisa delimitação de objetivos. Assim, urge introduzir o conceito de desenvolvimento sustentável na formulação de várias políticas, enquanto critério que, ainda que não seja um princípio jurídico por carência de normatividade, pode intervir como fator de ponderação de prioridades, assumindo o tal papel catalisador de mudanças.

Um dos passos mais significativos que a União Europeia levou a cabo resultou do facto de se assumir que, antes de traçar qualquer tipo de política transversal e de longo prazo, era necessário dotar as instituições europeias de indicadores ambientais que permitissem avaliar fragilidades, progressos e recuos.

Ora, a forma que a União encontrou para conseguir integrar indicadores ambientais foi aproveitar a medida de desempenho da economia de um mercado, o chamado produto interno bruto (doravante PIB), e procurar, dentro desses moldes, desenvolver um conjunto de variáveis que devessem ser tomadas em conta para a avaliação desse desempenho, agora de uma perspetiva ambiental. Ou seja, ao invés de termos uma noção de progresso económico e social puro, passaríamos a medir a sustentabilidade do progresso integrando outros campos de carácter social ou ambiental⁴⁴⁹.

⁴⁴⁷ Comunicação da Comissão Communication From The Commission, A Sustainable Europe for a Better World: A European Union Strategy for Sustainable Development (COM (2001) 264 final), de 15 de maio de 2001. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2001:0264:FIN:EN:PDF>.

⁴⁴⁸ Esta estratégia foi um marco a nível da atuação europeia neste setor, integrando-se o conceito de desenvolvimento sustentável tanto a nível transversal, como aplicando essa noção sectorialmente, política a política. Esta estratégia foi depois revista em 2006, através do documento do Conselho Europeu 10917/06 e avaliada em 2009, com a Communication From The Commission To The European Parliament, The Council, The European Economic And Social Committee And The Committee Of The Regions: Mainstreaming sustainable development into EU policies: 2009 Review of the European Union Strategy for Sustainable Development COM (2009) 400 final. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2009:0400:FIN:EN:PDF>.

⁴⁴⁹ No Eurobarómetro realizado em 2008, foi possível perceber que havia uma tendência por parte dos cidadãos europeus para a valorização de temáticas como o ambiente, imigração e questões energéticas. No que concerne especificamente com o ambiente, cerca de 33% dos inquiridos considera que deveria haver nesta área um reforço na intervenção europeia. Ora, essa tomada de consciência da população europeia não podia ser menosprezada ou ignorada e o melhor ponto de partida passa por criar indicadores de qualidade e sustentabilidade ambiental que garantam aos cidadãos uma medição dos progressos alcançados e um controlo efetivo e em tempo real exercido pelos decisores políticos sobre a qualidade ambiental e a exploração de recursos naturais. Vide COMISSÃO EUROPEIA, Eurobarómetro 69. Bruxelas: Comissão Europeia. Disponível em: https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/eb/eb69/eb69_pt_nat.pdf. [Consult. 5 set. 2020].

O PIB, apesar de ser um popular indicador do desenvolvimento económico, utilizado já desde 1947, “enfrentou duras críticas por ser um indicador meramente quantitativo, ineficaz ante a necessidade de incluir variáveis como saúde, educação e outras em seu campo de composição”⁴⁵⁰. A par desta desconsideração por variáveis cuja importância é inegável – o PIB ignora também os custos ecológicos associados à produção – há outras críticas apontadas, nomeadamente “a discrepância entre os dados apontados ou mesmo a limitação enquanto instrumento de análise do desenvolvimento de países com alto grau de subsistência, os quais somente poderiam oferecer uma “estimativa”, já que o PIB é indicador que não considera fatores extra-mercado, e, por isso, não permite avaliar as economias de subsistência, rural ou informal, frequentemente adotadas pelos “grupos marginalizados””⁴⁵¹.

No fundo, o que se pede é que, paralelamente ao PIB, haja outras fontes de medição para campos distintos, nascendo deste “jogo” uma visão mais integrada de progresso⁴⁵². Como refere a Comunicação da Comissão COM (2009) 433 final, intitulada “*O PIB e mais além: Medir o Progresso num Mundo em Mudança*” urge a criação “de indicadores que integrem de forma concisa realizações (como a melhor coesão social, a disponibilidade de produtos e serviços básicos a preços acessíveis, a educação, a saúde pública e a qualidade do ar) e perdas (por exemplo, aumento da pobreza, aumento da criminalidade, esgotamento dos recursos naturais) a nível social e ambiental”⁴⁵³.

Sendo assim, volvidos mais de 10 anos sob a assunção desta necessidade, e após a integração do desenvolvimento sustentável na estratégia Europa 2020, em 2010, podemos indagar quais os indicadores que foram adotados pela EU, utilizados como autênticos instrumentos de “gestão e avaliação da sustentabilidade”⁴⁵⁴. Dado o objeto do nosso estudo, vamos voltar a nossa análise essencialmente para os indicadores de desenvolvimento sustentável que se prendem com a qualidade ambiental.

Assim, no que concerne com o ambiente, têm sido utilizados dados relacionados com a pegada ecológica de cada um dos países europeus, a variação de emissões de dióxido de carbono para a

⁴⁵⁰ Vide MARIA WOLKMER; DÉBORA FERRAZZO, O Paradoxo do Desenvolvimento: Direito Ambiental e Bens Comuns no Capitalismo. In *Veredas do Direito*, Belo Horizonte, v. 15, n.º 33, 2018, p. 168, disponível em <http://www.domhelder.edu.br/revista/index.php/veredas/article/view/1269>. [Consult. 28 jan. 2021].

⁴⁵¹ Ibid. p. 169.

⁴⁵² Note-se que o PIB mede o desempenho de uma determinada economia. Não obstante, o facto de o PIB de um determinado país crescer não invalida que haja mais famílias em situação de risco de pobreza extrema. Isto acontece porque o PIB nos dá indicação sobre a riqueza produzida nesse Estado, mas já não sobre o modo como esta é distribuída. Este exemplo serve para ilustrar como uma análise dos números do PIB é bastante eficaz quando falamos de produção, mas é incompleta quando se trata de aferir o desenvolvimento das condições sociais, neste caso, a inclusão social. Da mesma forma, também não nos fornece qualquer indicação sobre o impacto que esse crescimento na riqueza tem sobre os recursos naturais, podendo haver situações de sobreexploração dos recursos que esses valores simplesmente não espelham.

⁴⁵³ Cfr. Comunicação da Comissão COM (2009) 433 final, p. 3.

⁴⁵⁴ AGÊNCIA PORTUGUESA DO AMBIENTE, Sistema de Indicadores de Desenvolvimento Sustentável (SIDS) Lisboa: APA. Disponível em: <https://apambiente.pt/index.php?ref=19&subref=139&sub2ref=503> [Consult. 6 set. 2020].

atmosfera, a acidificação dos oceanos, dados meteorológicos e hidrológicos, qualidade da água, entre outros⁴⁵⁵.

Nesta senda, e assumindo que o trabalho que tem sido desenvolvido até aqui deve ser melhorado e aprofundado, a Comissão europeia traçou um quadro de atuação a desenvolver neste domínio. A Comunicação da Comissão COM (2016) 739 final define quais as próximas etapas para um futuro europeu sustentável⁴⁵⁶.

Nesta, a União assume o compromisso de alcançar determinados objetivos de desenvolvimento sustentável, integrados na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, seguindo os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável traçados pelas Nações Unidas.

Avancemos então para o estudo das várias políticas e intervenções legislativas europeias que ajudaram à prossecução dos objetivos passados e que servirão como instrumento para cumprir o compromisso de “assumir uma posição de liderança na implementação da Agenda 2030 e dos ODS”⁴⁵⁷.

A nível legislativo, destacamos a Diretiva “Aves”⁴⁵⁸ e a Diretiva “Habitats”⁴⁵⁹. Ambas tinham como objetivo a proteção de espécies e de habitats que estavam em risco, evitando os níveis de perda de biodiversidade. A par desta intervenção legislativa, a UE tem tentado sensibilizar os cidadãos para os benefícios decorrentes de uma economia circular, que permita uma redução dos resíduos, diminuindo a poluição, reaproveitamento de recursos, reduzindo o desperdício.

Quanto ao problema específico das alterações climáticas, destacamos a Comunicação da Comissão COM (2016) 500, onde se pretende uma atuação em duas frentes – implementação de alternativas que permitam uma redução dos níveis de Dióxido de Carbono libertados pelas mais diversas atividades e concessão de incentivos para a utilização de energias renováveis, promovendo a transição para energias limpas⁴⁶⁰. Do ponto de vista orçamental, há o “compromisso político de consagrar pelo menos 20 % do orçamento da UE à ação climática”⁴⁶¹.

⁴⁵⁵ O que a análise destes dados nos permite concluir é que estamos ainda longe de cumprir aqueles que são os dezassete objetivos de desenvolvimento sustentável traçados pelas Nações Unidas. Apesar de haver uma notória preocupação por parte das instituições europeias em aproximarmo-nos de uma sociedade cada vez mais sustentável, há ainda um longo caminho que tem de ser percorrido. Cfr. AGÊNCIA EUROPEIA DO AMBIENTE, Indicators. Copenhagen: Equipa web EEA. Disponível em: https://www.eea.europa.eu/data-and-maps/indicators/#c0=30&c12-operator=or&b_start=0 [Consult. 6 set. 2020].

⁴⁵⁶ In Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões (COM (2016) 739 final), Próximas Etapas para um Futuro Europeu Sustentável. Disponível em: <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2016/PT/COM-2016-739-F1-PT-MAIN.PDF> [Consult. em 6 set. 2020].

⁴⁵⁷ Cfr. Comunicação da Comissão COM (2016) 739 final, p. 3. Disponível em: <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2016/PT/COM-2016-739-F1-PT-MAIN.PDF>.

⁴⁵⁸ Plasmada na Diretiva 2009/147/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho.

⁴⁵⁹ Constante na Diretiva 92/43/CEE, do Conselho, 21 de maio de 1992.

⁴⁶⁰ Ainda dentro do contexto das alterações climáticas, sublinhamos a necessidade de modernização da Política Agrícola Comum (PAC), que incorpore aquelas que são as orientações científicas neste âmbito.

⁴⁶¹ Cfr. Comunicação da Comissão COM (2016) 739 final, p.6.

Com o Acordo de Paris, celebrado em 2015, as metas a atingir de forma a travar as alterações climáticas tornaram-se ainda mais ambiciosas, proclamando-se sobretudo uma sociedade cada vez mais hipocarbónica⁴⁶².

Sem prejuízo desta análise se ter voltado para a componente ambiental, é importante perceber que o desenvolvimento sustentável só poderá ser alcançado através de uma política transversal que considere as suas três vertentes, ambiental, social e económica.

3.3. DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL EM PORTUGAL

No que a nós respeita, cumpre desde logo dizer que, a somar às políticas e intervenções legislativas europeias a que estamos, enquanto Estado-Membro dessa comunidade, sujeitos, temos hoje desenvolvido um Sistema de Indicadores de Desenvolvimento Sustentável (doravante SIDS). Este Sistema permite uma avaliação contínua e um registo, assegurado pela feitura de relatórios, da evolução nacional nesta temática.

A Agência Portuguesa do Ambiente destaca os objetivos do SIDS, dividindo-os como gerais e específicos⁴⁶³. Em primeiro lugar, o motivo pelo qual foi criado prende-se com a urgência em criar um sistema que permitisse avaliar esta componente. Este será porventura o seu fim último.

Todavia, de nada serviria fazer uma avaliação se essa não tivesse como desiderato trazer uma melhoria à gestão da sustentabilidade a nível das soluções políticas encontradas. Assim, a par da monitorização das instituições, é pungente que surjam espelhados os resultados desse controlo nas decisões políticas e legislativas de âmbito económico, social e ambiental.

Como objetivos específicos, realçamos de entre os vários apresentados a construção de uma base de indicadores alargada, que permita avaliações mais completas para futuro, bem como a monitorização do cumprimento de metas estabelecidas. Este grau de controlo deverá também ser exercido sobre as várias atividades económicas, garantindo que estas respeitam critérios de sustentabilidade.

⁴⁶² O acordo de Paris entrou em vigor dia 4 de novembro de 2016, tendo sido ratificado pela União Europeia e por uma parte considerável dos seus Estados-Membros, incluindo Portugal. Este Acordo histórico marca uma viragem no paradigma de combate às alterações climáticas, levando os Estados a assumir o compromisso de travar o aquecimento global, limitando o aumento da temperatura média global. AGÊNCIA PORTUGUESA DO AMBIENTE, Acordo de Paris. Lisboa: APA. Disponível em: <https://apambiente.pt/index.php?ref=16&subref=81&sub2ref=1367>. [Consult. 7 set. 2020].

⁴⁶³ In AGÊNCIA PORTUGUESA DO AMBIENTE, SIDS Portugal. Lisboa: APA. Disponível em: <https://www.apambiente.pt/index.php?ref=19&subref=139&sub2ref=503&sub3ref=513> [Consult. 7 set. 2020].

Quanto à partilha de dados e cooperação com organismos europeus ou internacionais, destacamos que a criação do SIDS trouxe também um facilitamento na transmissão de informação de forma simples – que reduz o risco de más interpretações – recebendo o apoio da Rede de Pontos Focais a que já aludimos em capítulo anterior.

Os indicadores utilizados podem variar de zona para zona, não sendo os mesmos em todo o território nacional. Os mais comuns no que concerne com o ambiente, sendo quase incontornável usá-los, são fatores relacionados com a qualidade e consumo da água, do ar, reutilização e serviços de recolha de resíduos.

Em linha com o que foi dito, foi instituída em 2007 uma Estratégia Nacional de Desenvolvimento Sustentável (doravante ENDS) e respetivo Plano de Implementação (doravante PIENDS)⁴⁶⁴. A ENDS estava pensada para o horizonte temporal de 2015, monitorizando e avaliando vários aspetos de desenvolvimento económico, coesão social e qualidade ambiental e enviando relatórios bienais com os resultados para as instituições europeias.

De forma resumida, aqueles que foram os grandes pilares da atuação ambiental que se pretendia, passaram sobretudo por uma valorização do nosso património endógeno, revitalização das florestas, inovação no setor da energia e dos transportes, proteção da biodiversidade e gestão integrada de proteção de solos, oceanos e outras zonas de risco, como zonas estuarinas.

4. DESAFIOS ATUAIS

4.1. O COMBATE AO PLÁSTICO

O plástico é, pelas suas características, uma presença constante no dia a dia da sociedade atual. As suas múltiplas aplicações, que decorrem do facto de ser um material altamente maleável e suscetível de desempenhar diversas funções, com carácter versátil e duradouro, tornam-no a escolha muitas vezes óbvia para objetos ou estruturas que se pretendem práticas, baratas e descartáveis.

As vantagens que apresenta do ponto de vista prático quando comparado a outras matérias primas fazem com que a sua produção e consumo seja muito elevado, o que poderia ser contornado com a

⁴⁶⁴ Ambos aprovados pela Resolução de Conselho de Ministros n.º 109/2007, de 20 de agosto. A ENDS foi criada na linha da Estratégia Europeia de Desenvolvimento Sustentável, indo beber grande parte dos seus princípios e objetivos.

implementação de um modelo económico circular, que não prejudicasse o ambiente. Aliás, referindo produção não podemos deixar de afirmar que a produção do plástico, assim como a sua destruição, muitas vezes feita com recurso à incineração, liberta grandes quantidades de dióxido de carbono, o que é, também, uma enorme desvantagem.

Todavia, nem todo o plástico é destruído ou, muito menos, reciclado. Uma das grandes problemáticas associadas ao plástico prende-se precisamente com a sua acumulação na natureza, o que resulta de dois fatores preponderantes – o seu período de decomposição elevado e a sua importância na economia global, dada a vasta gama de funcionalidades a que se destina⁴⁶⁵. Como agravante, muitos dos produtos constituídos à base de plástico são de utilização única e carecem de alternativas viáveis no mercado. Aliás, estima-se que haja milhões de toneladas de resíduos de plástico a ser acumulados no oceano, por ano, prejudicando grandemente a vida marinha e tendo repercussões cada vez mais notórias na saúde humana.

Na Comunicação da Comissão COM (2018) 28 final, intitulada “Uma Estratégia Europeia para os Plásticos na Economia Circular”, destaca-se o crescimento exponencial da produção deste material, tendo esta ascendido a 322 milhões de toneladas em 2015, prevendo-se ainda que estes valores dupliquem nos próximos 20 anos⁴⁶⁶.

Tendo como desiderato combater os problemas sobre os quais nos debruçamos nestes últimos parágrafos, a União Europeia decidiu legislar sobre esta matéria, obrigando a uma mudança de comportamento dos Estados-Membros que a compõem. Por ser um fenómeno que traz problemas de natureza muito diversa, a única forma adequada de o combater seria através de ações legislativas direcionadas para cada uma das causas em específico.

A título de exemplo, podemos referir, pelo carácter atual e ambicioso que representa, a Diretiva (UE) 2019/904, de 5 de junho de 2019, que se destina a reduzir o impacto ambiental do plástico, impondo uma série de medidas de forma a contornar esse problema, voltando-se sobretudo para o malefício causado em ambiente marinho⁴⁶⁷ e na saúde humana. Note-se aqui bem demarcado aquele que é o objeto do nosso estudo. O modo como a regulação de determinados comportamentos que tenha como

⁴⁶⁵ Cfr. Consta na introdução da Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões COM (2018) 28 final. Disponível em: https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:2df5d1d2-fac7-11e7-b8f5-01aa75ed71a1.0020.02/DOC_1&format=PDF.

⁴⁶⁶ Só na Europa, os resíduos de plástico produzidos anualmente fixam-se em cerca de 25 milhões de toneladas, sendo que uma pequena percentagem, inferior a 30%, é reciclada.

⁴⁶⁷ Como refere o considerando 5 da supramencionada Diretiva, cerca de 80% a 85% dos resíduos oceânicos no espaço da União Europeia correspondem a plásticos.

última ratio a proteção ambiental pode ter repercussões positivas na saúde humana, nomeadamente a nível da Prevenção da Doença, não deve ser menosprezada.

No caso específico desta Diretiva, procura-se sobretudo alcançar uma forma de economia circular do plástico, garantindo o seu reaproveitamento. Dada a diversidade de produtos em que podemos encontrar plástico, e de modo a tornar as normas que constam da Diretiva mais eficazes, reduziu-se o seu âmbito de aplicação. Deste modo, tomou-se somente em consideração, como resulta do considerando 7, os “produtos de plástico de utilização única que são mais encontrados nas praias da União, bem como as artes de pesca que contenham plástico e os produtos feitos de plástico oxodegradável”. No que se refere ao caso específico do plástico de utilização única, como resulta do considerando 12, estes “produtos de plástico de utilização única destinam-se geralmente a serem utilizados uma única vez ou durante um curto período antes de serem descartados”.

Digno de nota é também o problema dos microplásticos que, apesar de não serem parte do âmbito de aplicação direto desta Diretiva, contribuem grandemente para a poluição terrestre e marítima. Considera-se que também estes estão de forma indireta abrangidos por este normativo, já que muitos resultam da degradação de plásticos de maiores dimensões. Assim, e de modo indireto, quando a Diretiva se propõe a impor um conjunto de medidas que culminem na redução da produção e do consumo de plástico acaba por reduzir também este problema especificamente.

A Diretiva instiga cada um dos Estados que a transpuser a adotar medidas que prossigam os objetivos pretendidos, como por exemplo, a fornecer aos consumidores materiais alternativos ao plástico ou a impedir que os produtos feitos com este composto possam ser distribuídos gratuitamente.

Resta deixar uma última nota para os tipos de produtos sobre os quais a Diretiva (UE) 2019/904, de 5 de junho de 2019, se debruça. A União Europeia admite que nem todos os materiais devem ser tratados da mesma forma, dividindo-os por grupos. Dentro de cada um desses grupos, o nível de exigência imposto aos Estados-Membros quanto às medidas a adotar vai variando, principalmente em função do grau de perigosidade que o material apresenta. A medida mais gravosa será porventura a do art. 5.º, que se refere a um conjunto de materiais cuja colocação no mercado é proibida. No artigo seguinte refere-se não uma restrição total à sua comercialização, mas antes uma restrição condicionada. Ou seja, os produtos que estejam abrangidos pelo âmbito de aplicação desse artigo podem estar presentes no mercado, desde que cumpram os requisitos aí elencados.

Para além disso, impõem-se especiais cuidados com a informação que deve ser facultada aos consumidores. Destarte, os produtos deverão conter um conjunto de informações visíveis que permitam uma melhor gestão do resíduo que resulta após a sua utilização. O consumidor deve também ser informado sobre a composição do produto e os seus eventuais malefícios para o ambiente⁴⁶⁸.

Em Portugal, destacamos alguns diplomas produzidos neste contexto e que tiveram como fim a prossecução dos fins que a Diretiva se propunha cumprir.

Começando por uma medida legislativa recente que causou grande impacto na opinião pública, veio a Lei n.º 77/2019, de 2 de setembro, determinar “a não utilização e não disponibilização de louça de plástico de utilização única nas atividades do setor de restauração e/ou bebidas e no comércio a retalho”. Esta medida veio dar cumprimento a uma primeira fase de transposição da Diretiva (UE) 2019/904, de 5 de junho de 2019, limitando a utilização destes materiais, em contextos chave onde a sua utilização chegava até a ser abusiva⁴⁶⁹.

Da fiscalização do cumprimento destas medidas ficou incumbida a Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE).

Outro diploma que merece reflexão é o Decreto-Lei n.º 152-D/2017, de 11 de dezembro⁴⁷⁰, alterado por sucessivos diplomas⁴⁷¹.

Este complexo normativo vem estabelecer um conjunto de medidas concretas para atenuar o impacto negativo da fase final do ciclo de vida de determinados produtos, precisamente na fase em que esses produtos perdem o seu valor ou funcionalidade, tornando-se resíduos. De forma a alcançar esse equilíbrio, o n.º 1 do artigo 4.º do supramencionado diploma propõe a “criação de sistemas de

⁴⁶⁸ Outro dos métodos que a Diretiva elenca para travar este consumo e garantir uma melhor gestão do resíduo passa por uma maior responsabilização do produtor, exaltando também a necessidade de sensibilizar os cidadãos de forma a que eles, munidos da informação necessária, possam ter atitudes mais conscientes.

⁴⁶⁹ De modo a não deixar os profissionais desses ramos sem alternativa, estipulou-se no art.4.º que o Governo deveria promover uma colaboração com esses operadores económicos de forma a ser alcançado um consenso sobre a melhor forma de contornar os transtornos à atividade resultantes dessa proibição, nomeadamente “a realização de investigação e estudos conducentes à criação de soluções alternativas para colocação no mercado de utensílios de refeição descartáveis produzidos a partir de materiais biodegradáveis”.

⁴⁷⁰ Este Decreto serve, essencialmente, dois propósitos. Primeiramente, assume como sendo seu objeto principal estabelecer o regime a que ficarão sujeitos os fluxos de determinados resíduos. Em segundo lugar, e também um pouco como decorrência deste primeiro, contribuir para o desenvolvimento sustentável, ao fomentar uma gestão cuidada destes resíduos e transpondo para a ordem jurídica interna um conjunto bastante alargado de Diretivas. A saber, este Decreto transpõe a Diretiva 94/62/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 20 de dezembro, a Diretiva 2000/53/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 18 de setembro, a Diretiva 2006/66/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 6 de setembro, com as suas alterações, a Diretiva 2008/98/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 19 de novembro e, por último, a Diretiva 2012/19/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 4 de julho. Estas Diretivas têm âmbitos de aplicação objetivos diferentes, mas cujo fim é, naturalmente, muito semelhante. Aliás, todas estas Diretivas têm como desiderato proteger o ambiente e a saúde humana de uma produção excessiva de resíduos que, complementada com a sua má gestão e desinteresse pelo seu destino, poderia alcançar níveis nocivos.

⁴⁷¹ Desde logo, foi alterado pela Lei n.º 69/2018, de 26 de dezembro, pela Lei n.º 41/2019, de 21 de junho e pelo Decreto-Lei n.º 86/2020, de 14 de outubro.

reutilização, de reciclagem e outras formas de valorização”, que permitam a sua inclusão numa economia mais circular e sustentável⁴⁷².

De entre os vários instrumentos criados para este propósito ressalvamos, a título exemplificativo e sem uma vocação exaustiva, sob pena de estendermos demasiado o objeto do nosso estudo, a criação de sistemas de gestão de fluxos de resíduos ou a imposição de determinados requisitos para o transporte⁴⁷³.

Os sistemas de gestão de fluxo de resíduos podem ser individuais ou integrados.

No primeiro caso, o produtor, embalador, fornecedor ou importador de determinados produtos cujos resíduos resultantes não estejam sujeitos a reutilização assume a inteira responsabilidade pela sua gestão. O sistema em questão está sujeito a autorização, que deve revestir a forma de despacho dos membros do Governo responsáveis pela área da economia e do ambiente, sendo limitada a um período de cinco anos (podendo ser prorrogada por um ano).

No que respeita aos sistemas integrados, estes são sistemas em que a responsabilidade retratada no anterior paragrafo é transferida pelos agentes aí referidos para um terceiro, uma entidade gestora licenciada para o efeito⁴⁷⁴. A transferência de responsabilidade opera mediante pagamento dos valores de prestação financeira que surgem desenvolvidos no artigo 14.º. A nível formal, para que a transferência opere é necessário que seja reduzida a escrito através de contrato, podendo haver rescisão, denúncia ou revisão.

Quanto ao transporte, disciplinado pelo artigo 6.º, a principal preocupação é garantir que há um controlo e um planeamento efetivo do transporte daquele residuo em específico, atentando às suas propriedades e nocividade. Isto convoca muitas vezes a necessidade de, por exemplo, confinar determinados materiais perigosos antes de proceder ao seu transporte. Ademais o “transporte de resíduos está sujeito a registo eletrónico a efetuar pelos produtores do residuo, detentores, transportadores e destinatários dos resíduos, através de uma guia de acompanhamento de resíduos eletrónica”, como resulta do n.º 2 do artigo 6.º.

⁴⁷² No n.º 1 do artigo 5.º é estabelecida uma responsabilidade alargada ao produtor pela gestão dos resíduos. Todavia, o normativo não se basta com esta precisão, chamando também, no n.º 2 do mesmo artigo, “intervenientes no ciclo de vida do produto, desde a sua conceção, fabrico, distribuição, comercialização e utilização até ao manuseamento dos respetivos resíduos” sendo estes “corresponsáveis pela sua gestão, devendo contribuir, na medida da respetiva intervenção e responsabilidade, para o funcionamento dos sistemas de gestão nos termos definidos no presente Decreto-lei”. No n.º 3, o diploma refere que, no limite, todos os cidadãos deverão contribuir para a reutilização e valorização dos resíduos, como agentes facilitadores.

⁴⁷³ A par destas obrigações, o diploma impõe outras às quais não dedica um elenco normativo tão extenso. Todavia, pela importância que revestem, irei referir algumas delas. Desde logo, o dever de prestação de informações ao utilizador do produto, prevista no artigo 68.º. Esta obrigação recai sobre o produtor, comerciante ou distribuidor e tem como fim a sensibilização do consumidor. A par destas, impõe-se, mas somente em relação a alguns produtos específicos, como pilhas ou acumuladores, deveres de rotulagem. Estas estão previstas no artigo 75.º do diploma em apreço.

⁴⁷⁴ As suas obrigações estão elencadas no artigo 12.º, constando também da respetiva licença.

4.2. A POLUIÇÃO DO AR

A poluição do ar é um exemplo perfeitamente ilustrativo do carácter transfronteiriço que alguns problemas ambientais acarretam. Aliás, a poluição atmosférica não pode conhecer barreiras, podendo facilmente expandir-se sem que qualquer limite físico lhe possa ser imposto. Talvez tenha sido esta característica o principal fator impulsionador para que, logo em 1979, tenha nascido a Convenção sobre Poluição Atmosférica Transfronteiriça a Longa Distância⁴⁷⁵.

Tendo como objetivo a resolução dos malefícios provocados por este tipo de poluição e uma reflexão sobre a amplitude que estes podem tomar, foi essencial que esta Convenção se debruçasse sobretudo no reforço da cooperação internacional nesta matéria, o que resulta desde logo dos seus considerandos iniciais, onde se descreve esta cooperação como operando por via da “permuta de informações, consultas e actividades de pesquisa e de vigilância” e da coordenação das “medidas tomadas pelos países para combater a poluição do ar, incluindo a poluição atmosférica transfronteiras a longa distância”⁴⁷⁶.

Mais uma vez, é fácil compreender a interligação entre a qualidade ambiental e a saúde humana. Logo no artigo 2.º da Convenção são-nos apresentados estes dois objetivos em paralelo com a expressão “proteger o homem e o seu ambiente”.

Uma especificidade interessante de alguns poluentes atmosféricos passa pela capacidade que manifestam de se transformarem noutros poluentes através da interação com outras moléculas na atmosfera. Ou seja, não estamos perante uma ameaça estática.

A potencialidade de transmutação destes compostos faz com que seja fundamental atuar sobre a sua origem. Isto implica, desde logo, que se proceda a um levantamento dos poluentes atmosféricos existentes, distinguindo os mais comuns e os mais perigosos, assim como as suas fontes. Paralelamente, assume enorme relevância a delimitação dos valores máximos de concentração atmosférica permitidos para cada um deles.

⁴⁷⁵ Portugal ratificou a já aludida convenção no ano seguinte à sua elaboração, tendo entrado em vigor em território nacional passado três anos, em 1983.

⁴⁷⁶ Estas ideias vêm depois desenvolvidas em vários artigos da Convenção, como é o caso do artigo 3.º, 4.º e 5.º. Após as ideias avançadas por estas normas, que passam pela permuta de informação relevante entre Estados, revisão de políticas e sujeição a consultas, o artigo 6.º versa sobre as atuações que os Estados devem tomar para que o problema seja ultrapassado. No fundo, os primeiros artigos facultam os meios para que no artigo 6.º se possa chegar às medidas concretas com que os Estados têm de se comprometer. Desde a implementação de sistemas de gestão da qualidade do ar até à reformulação de medidas políticas e de controlo, vários são os desafios lançados.

Com base nestas considerações, as instituições europeias decidiram que a melhor forma de atenuar os efeitos nefastos destes poluentes seria atuar diretamente na sua fonte, impedindo a sua acumulação na atmosfera.

No ordenamento jurídico português, veio o Decreto-Lei n.º 102/2010, de 23 de setembro⁴⁷⁷, estabelecer as linhas orientadoras do regime de avaliação e gestão da qualidade do ar ambiente, resultando da transposição da Diretiva 2004/107/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de dezembro de 2004, relativa ao arsénio, ao cádmio, ao mercúrio, ao níquel e aos hidrocarbonetos aromáticos policíclicos no ar ambiente, e da Diretiva 2008/50/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 21 de maio de 2008⁴⁷⁸, relativa à qualidade do ar ambiente e a um ar mais limpo na Europa.

À semelhança das anteriores análises que encetámos, também neste campo o Decreto-Lei refere explicitamente as duas dimensões que pretende proteger, o meio ambiente e a saúde humana⁴⁷⁹, sendo que para tal será necessário levar a cabo um conjunto de procedimentos que convocam várias entidades, dando destaque à Agência Portuguesa do Ambiente. As competências da APA encontram-se elencadas no artigo 3.º e passam, resumidamente, por funções de coordenação e harmonização de procedimentos a nível nacional, bem como análise de metodologias de avaliação de qualidade⁴⁸⁰. No plano externo, tem a função de cooperação com a Comissão Europeia, partilhando informações específicas⁴⁸¹ ou, de modo geral, cooperar com a Comissão ou outros Estados.

Importante é ressaltar que os dados e informações recolhidos devem ser públicos, ou seja, “o público e as entidades relevantes, designadamente as organizações de defesa do ambiente, de defesa do consumidor, representativas dos interesses dos grupos sensíveis da população, de protecção da saúde, e de profissionais interessados, são informados em tempo útil”⁴⁸² de vários aspetos, nomeadamente dos valores de concentração dos vários poluentes atmosféricos medidos⁴⁸³.

⁴⁷⁷ Alterado pelo Decreto-Lei n.º 43/2015, de 27 de março.

⁴⁷⁸ Sobre a Diretiva 2008/50/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, esta Diretiva foi, como já tivemos oportunidade de referir, transposta para o nosso ordenamento jurídico, juntamente com outras, através do Decreto-Lei n.º 102/2010, de 23 de setembro. Coloca-se aqui em destaque pelo facto de terem sido instituídas através dela muitas medidas de controlo relevantes neste domínio.

⁴⁷⁹ Cfr. alínea a), do n.º 2 do artigo 1.º, do suprarreferido diploma.

⁴⁸⁰ No âmbito da medição dos níveis dos vários compostos poluentes na atmosfera, a APA tem a função de aprovar os métodos através dos quais são alcançados esses valores, bem como os sistemas de medição. Funciona também como um garante da veracidade e exatidão dos resultados obtidos, para além de coordenar as várias entidades a nível nacional para que estas respeitem os programas de garantia de qualidade emanados da Comissão Europeia. Esta medição é feita com recurso a uma rede de estações de medição.

⁴⁸¹ Cfr. relata o artigo 36.º do referido Decreto-Lei, as competências da APA incluem a transmissão de informações à Comissão Europeia com a periodicidade aí descrita, dando-lhe também conta dos planos de qualidade do ar adotados e dos programas de execução. Os dados a que a APA tem acesso são-lhe enviados pelas várias Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional, cuja competência é definida com referência a um determinado território.

⁴⁸² Cfr. n.º 1 do artigo 34.º do Decreto-Lei n.º 102/2010, de 23 de setembro.

⁴⁸³ São inúmeros os poluentes atmosféricos que este Decreto-Lei abarca no seu âmbito e, portanto, no sistema de avaliação e gestão da qualidade do ar, estando elencados no Anexo I.

No caso dos valores limite pré-fixados no diploma para cada poluente serem ultrapassados, as Comissões de Cooperação e Desenvolvimento Regional devem dar nota disso mesmo às Autarquias Locais e às autoridades de saúde. Para garantir que essa informação é do conhecimento do público em geral, devem fazê-la chegar aos órgãos de comunicação social, sejam eles locais, regionais e nacionais. Para além do cumprimento destes deveres de informação, e de modo a minorar a ameaça e o âmbito territorial em que esta se projeta, devem ser adotados planos de ação de curto prazo, disciplinados pelo artigo 29.º.

Destarte, temos planos de qualidade do ar, que são concretizados através de programas de execução e, em paralelo, estes planos de curto prazo, que integram medidas de aplicação imediata. Nas palavras de FERNANDO CONDESSO:

“sempre que os objetivos de qualidade do ar não forem atingidos, são tomadas medidas da responsabilidade de diversos agentes em função das suas competências, as quais podem estar integradas em planos de ação de curto prazo ou planos de qualidade do ar, concretizados através de programas de execução”⁴⁸⁴.

Caso os valores limite inicialmente estabelecidos⁴⁸⁵ sejam ultrapassados e haja risco, como decorre da formulação adotada no n.º 1 do artigo 33.º do diploma, de “transporte transfronteiriço significativo de poluentes atmosféricos ou dos seus precursores”, então, tem de haver comunicação desses factos à autoridade competente por esta matéria nos Estados que serão potencialmente afetados.

Resta deixar uma nota sobre um dos programas europeus mais significativos nesta matéria. Este programa, intitulado “Um Programa Ar Limpo Para a Europa”, foi instituído pela Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões⁴⁸⁶.

Logo nas primeiras linhas que abrem este documento, a Comissão assume a problemática em torno da qualidade do ar e o modo como este tipo de poluição, invisível, mas nociva, pode prejudicar grandemente a saúde humana, contribuindo para o aparecimento de doenças e para uma mortalidade

⁴⁸⁴ FERNANDO CONDESSO, *Direito do ambiente: Normas, doutrina, jurisprudência. Questões atuais*, 1ª edição. Coimbra: Almedina, 2014, p. 73.

⁴⁸⁵ Estes encontram-se fixados nos anexos XII, XIII, XIV e XV do diploma em apreço, dependendo do tipo de poluente que consideramos. Nestes anexos fixam-se Também As Margens De Tolerância Para Cada Um Dos Poluentes.

⁴⁸⁶ Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité Das Regiões, COM (2013) 918 final. Disponível em: <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2013/PT/1-2013-918-PT-F1-1.Pdf>.

prematura. Assumem também, não sendo este ponto menos importante, que as normas reguladoras da qualidade do ar não têm a eficiência desejável⁴⁸⁷ e que a estratégia da União Europeia passará por enriquecer esse leque normativo e de medidas⁴⁸⁸, aproveitando, sempre que possível, para tratar esta matéria tendo igualmente em vista outras preocupações como o aquecimento global e as alterações climáticas, enquadrando esta política no quadro das políticas em matéria de clima e energia cujo horizonte temporal se fixou em 2030.

A Comissão decidiu abordar as principais fontes da poluição atmosférica fazendo um ponto de situação e focando-se no trabalho que tem ainda de ser feito para a obtenção de resultados mais expressivos. Há temáticas em que a UE considera as normas já existentes suficientemente garantísticas, como é o caso das emissões dos veículos ligeiros a motor Diesel.

Abriu-se a possibilidade de os Estados-Membros beneficiarem de fundos europeus, como é o caso dos Fundos Estruturais e de Investimento Europeus, quando queiram adotar políticas e medidas concretas, como a promoção de procedimentos de fabrico e tecnologias inovadoras, para melhorar a qualidade do ar. De ressaltar que estes fundos se destinam a facilitar o cumprimento de metas que são, em primeira linha, responsabilidade dos Estados-Membros, sendo que eles devem autodeterminar a sua estratégia local e nacional de modo a maximizar os resultados obtidos.

Resta deixar uma nota positiva e de incentivo ao trabalho que tem vindo a ser desenvolvido. Como a própria comunicação refere no seu ponto 3, os “impactos na saúde resultantes de partículas – principal causa de mortalidade devida à poluição atmosférica – diminuíram cerca de 20% entre 2000 e 2010”⁴⁸⁹. Estes números são resultado de uma cooperação assertiva entre as políticas da UE e as medidas tomadas no seio de cada um dos Estados que a compõem.

De todo o modo, não podemos descurar o trabalho que tem ainda de ser feito. Apesar dos progressos alcançados, devemos olhar para a evolução como um ponto de partida positivo, sem esquecer que a poluição atmosférica continua a ser a principal causa de morte prematura quando consideramos fatores ambientais. Para além disso, os custos que decorrem das doenças causadas por este tipo de poluição, ou agravadas por esta, não são de desprezar.

⁴⁸⁷ Importante notar que, à data do surgimento da comunicação “mais de um terço das zonas de gestão da qualidade do ar da UE excede os valores-limite para as partículas”, tal como a Comunicação referia no seu ponto 2.

⁴⁸⁸ As medidas adotadas versarão também a melhor prossecução de objetivos de longo prazo resultantes dos Programas de Ação em matéria de ambiente.

⁴⁸⁹ COM (2013) 918 final, p. 5. Disponível em: <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2013/PT/1-2013-918-PT-F1-1.Pdf>.

4.3. QUALIDADE DA ÁGUA

São já amplamente conhecidos, embora continuem não raras vezes sem uma resposta adequada, os problemas de acesso à água potável em populações de determinadas regiões. Essa escassez causa, por sua vez, conflitos entre comunidades que lutam por esse recurso.

O *direito humano à água*, ou melhor, o reconhecimento da importância que o acesso a esse recurso reveste para a concretização de princípios basilares como o princípio da dignidade da pessoa humana, não foi resultado de um caminho intuitivo e célere, carecendo ainda de um longo percurso para ser concretizado na sua plenitude⁴⁹⁰. A isto acresce que as fronteiras que mais frequentemente obstam a que isto aconteça não são fronteiras físicas que pudessem, por isso, ser removidas. São sobretudo fronteiras sociais, económicas e culturais que vedam a possibilidade de acesso e usufruto deste direito e que, pela sua natureza, são campos sensíveis de atuação.

Um dos passos mais decisivos nesta matéria terá sido, porventura, a assunção de que a água não era simplesmente uma necessidade humana básica, mas antes um verdadeiro direito humano, como foi reconhecido pela ONU⁴⁹¹. Aliás, na já dissecada *Agenda 2030 para o Desenvolvimento*, da ONU, o Objetivo 6 estabelece a necessidade de alcançar um acesso universal e equitativo à água potável e ao saneamento⁴⁹².

Em Portugal, ainda que este direito não esteja expressa e especificamente consagrado a nível constitucional, poderá, em último caso, ser integrado no âmbito de proteção de outros direitos, até como tarefa estadual, como é o caso do artigo 9.º, que proclama como sendo uma das incumbências fundamentais do Estado “promover o bem-estar e a qualidade de 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”. Ora, pensamos que a leitura deste artigo demanda, ainda que de forma indireta, que haja um acesso efetivo e de qualidade a recursos essenciais a qualquer ser humano, *maxime*, a água. De facto, a própria ideia de dignidade humana, consagrada no artigo 1.º da CRP, impõe um trabalho contínuo de criação de redes e sistemas de gestão.

⁴⁹⁰ De facto, para autores como FERNANDO CONDESSO o debate a nível nacional sobre o assunto está longe de poder ser considerado satisfatório, sendo importante lembrarmos que o direito humano à água compreende não só uma vertente qualitativa, mas também quantitativa. Ou seja, é importante assegurar o acesso a água potável em condições e quantidades favoráveis ao seu consumo. FERNANDO CONDESSO, *Direito do ambiente: Normas, doutrina, ...*, op. cit., p. 257.

⁴⁹¹ FERNANDO CONDESSO, *Direito do ambiente: Normas, doutrina, ...*, op. cit., p. 257.

⁴⁹² ONU: CENTRO REGIONAL DE INFORMAÇÃO PARA A EUROPA OCIDENTAL, *Água Potável e Saneamento*. Nova Iorque: ONU. Disponível em: <https://unric.org/pt/objetivo-6-agua-potavel-e-saneamento-2/>. [Consult. 10 out. 2020].

Por fim, não será de todo descabido assumir que sendo a água um recurso, caia no âmbito de aplicação do artigo 66.º, que dispõe sobre o ambiente e a qualidade de vida em geral e aspetos como a gestão racional de recursos, em particular.

A este respeito, FERNANDO CONDESSO avança com um raciocínio interessante, na medida em que propõe que se preveja “um abastecimento com isenção de pagamento de faturas por carências económicas (...) compensável com taxas superiores ao custo da água para gastos superiores aos níveis normais supérfluos ou alheios ao consumo humano”⁴⁹³. No fundo, uma taxa progressiva que garantisse um acesso de todos a esse recurso sem que isso significasse necessariamente perdas financeiras.

No nosso país, o diploma responsável por disciplinar a gestão das águas de um ponto de vista geral é a Lei n.º 58/2005, de 29 de dezembro, mais conhecida como a Lei da água, já alterada por múltiplos diplomas, tendo ocorrido a última alteração em 2017, por força da Lei n.º 44/2017, de 19 de junho. Este diploma resultou da transposição de uma Diretiva Europeia, a Diretiva 2000/60/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de outubro.

Esta Lei acaba por ser constituída por um conjunto normativo bastante extenso, sendo que iremos focar-nos apenas nos pontos essenciais que relevem para o nosso estudo. Aliás, no artigo 1.º, onde se estabelecem os objetivos que se pretendem alcançar, conseguimos desde logo segregar e numerar um conjunto que tem que ver diretamente com o nosso tema de estudo.

De entre as preocupações mais prementes que estiveram na origem deste diploma, podemos referir a tentativa de travar a degradação do estado do ambiente aquáticos e dos seus vários ecossistemas, sejam eles aquáticos ou estando eles em ligação ou dependência com estes⁴⁹⁴. Acrescem a estas outras que podemos assumir como igualmente importantes, mas que se voltam já para a vertente da gestão sustentável do seu consumo, bem como o acesso em condições favoráveis e satisfatórias. A alínea b) estabelece como objetivo a “utilização sustentável de água, baseada numa proteção a longo prazo dos recursos hídricos disponíveis”, enquanto que a f) impõe que se assegure “fornecimento em quantidade suficiente de água de origem superficial e subterrânea de boa qualidade” temperando este dever com considerações de sustentabilidade, patentes na sua última parte, em que dispõe “conforme necessário para uma utilização sustentável, equilibrada e equitativa da água”.

⁴⁹³ . FERNANDO CONDESSO, *Direito do ambiente: Normas, doutrina, ..., op. cit.*, p. 259.

⁴⁹⁴ Cfr. alíneas a) e c) do n.º 1 do artigo 1.º do já referido diploma. Também nesta linha, temos o disposto na alínea d), g) e h), sendo que a primeira dispõe sobre a poluição das águas subterrâneas e as duas últimas sobre as águas marinhas, apelando à necessidade de as proteger e de cumprir os objetivos estabelecidos através de acordos internacionais para redução da poluição nestes meios.

É de realçar que a importância do artigo 1.º da Lei n.º 58/2005, de 29 de dezembro, não só pelos objetivos que traça, mas também porque delimita de um modo geral o âmbito de aplicação da mesma, dispondo o n.º 1 que o conjunto normativo em análise se aplica à “gestão das águas superficiais, designadamente as águas interiores, de transição e costeiras, e das águas subterrâneas”. No artigo seguinte esses elementos são desenvolvidos, conferindo maior rigor e certeza quanto às realidades abrangidas por esta.

Sendo um recurso natural de grande importância, está sujeito aos princípios gerais consagrados na Lei de Bases do Ambiente. Ademais, somam-se a estes alguns outros consignados no artigo 3.º da Lei n.º 58/2005, de 29 de dezembro, tais como o princípio do valor social e económico da água, que postulam um acesso universal a esse recurso⁴⁹⁵ ao mesmo tempo que assumem a sua escassez e reconhecem que deve haver uma utilização responsável e economicamente eficiente⁴⁹⁶, respetivamente⁴⁹⁷.

Os princípios da prevenção e da precaução também têm expressão neste contexto. São princípios gerais do direito do ambiente e são aqui invocados no sentido de salvaguardarem a existência de determinadas ações que podem vir a trazer prejuízos ambientais ou, pelo menos, reduzir o seu impacto. No caso da precaução, impõe-se especial cuidado até quanto a ações cujo impacto negativo não seja certo.

Mesmo no respeitante ao planeamento das águas é preciso que se verifiquem determinados princípios consagrados no artigo 25.º, como o da ponderação global ou da adaptação funcional.

Uma das características que se destaca neste diploma é o grau de especificidade e diversidade dos objetivos estabelecidos. Estes objetivos ambientais vêm contemplados nos artigos 45.º e seguintes e são consequência do objeto com o qual lidamos, já que a água, enquanto recurso, pode apresentar-se das mais diversas formas na natureza, fator esse que acarreta um tratamento diferenciado quer estejamos a falar, por exemplo, de águas superficiais ou subterrâneas⁴⁹⁸.

⁴⁹⁵ Ressaltando que a este acesso deve ser associado um “custo socialmente aceitável”.

⁴⁹⁶ Assente numa lógica de poluidor-pagador e de utilizador-pagador.

⁴⁹⁷ Daí que se estabeleçam princípios e estratégias para o planeamento e ordenamento dos vários recursos hídricos. A estes, que surgem no artigo 14.º e 15.º, juntam-se determinados instrumentos criados com o propósito de prosseguir e agilizar os objetivos estabelecidos no artigo 16.º, sendo que se corporizam principalmente em planos e medidas de proteção e valorização.

⁴⁹⁸ Será também interessante notar que a mesma lei que disciplina a gestão sustentável das águas define também sob que condições poderemos considerar que estamos perante um estado de emergência ambiental. O artigo 44.º distingue dois grupos de causas que podem levar ao decretamento deste estado, as catástrofes naturais e “acidentes provocados pelo homem que danifiquem ou causem um perigo muito significativo de danificação grave e irreparável, da saúde humana, da segurança de pessoas e bens e do estado de qualidade das águas”. Durante o período de vigência deste estado pode haver lugar à suspensão da execução de instrumentos de planeamento de águas e suspensão ou modificação do conteúdo de atos de autorização de utilização destes recursos. Esta suspensão pode também ser acompanhada pela imposição de determinados comportamentos ou aplicação de medidas cautelares de forma a responder a eventuais riscos ecológicos.

Dentro desta matéria, a APA tem competências alargadas, funcionando como uma verdadeira Autoridade Nacional da Água. Cabe-lhe promover e desenvolver as políticas nacionais de gestão dos recursos hídricos, a par de outras tarefas importantes, como a emissão e fiscalização de títulos de utilização dos recursos hídricos⁴⁹⁹, implementar programas de monitorização ou gerir situações mais sensíveis, como longos períodos de seca ou cheias⁵⁰⁰. No fundo, acrescem a estas atribuições uma multiplicidade de outras elencadas na Lei.

A ONU previu que os níveis de escassez deste recurso tendam a aumentar até 2050. Esta previsão teve como base os níveis de evolução no consumo que têm vindo a ser registados, bem como a consciência de que o setor industrial e o setor doméstico estão cada vez mais dependentes da sua utilização. Soma-se a este circunstancialismo o facto de registarmos um aumento populacional global.

Ora, por tudo o que se supramencionou, torna-se evidente a necessidade de controlar o consumo deste bem. Tem de haver uma gestão cuidada da sua utilização que de nada servirá se não for complementada por uma fiscalização eficaz⁵⁰¹.

4.4. SURGIMENTO OU AGRAVAMENTO DE DOENÇAS

Sem prejuízo do consenso global no que toca ao reconhecimento da ligação entre o ambiente e a saúde humana, nomeadamente o papel que políticas ambientais eficazes podem desempenhar na Prevenção da Doença, ao qual se deu já destaque ao longo deste estudo, cumpre agora concretizar de que forma pode o desequilíbrio ambiental provocar o surgimento de novas doenças, analisando um conjunto de situações em que esta vertente se tenha manifestado.

A nível mundial, “um quarto de todas as doenças preveníveis resulta das condições ambientais em que as pessoas vivem”⁵⁰². Quando nos debruçamos sobre o impacto que as diferentes fontes de poluição têm no estado de saúde das populações, temos impreterivelmente de falar da poluição atmosférica, ou do ar, que continua a ser uma das mais perigosas e mortíferas.

⁴⁹⁹ Cfr. dispõe o artigo 56.º, o princípio que vigora é o princípio da necessidade de título de utilização. Isto significa que “atividades que tenham um impacto significativo no estado das águas só podem ser desenvolvidas desde que ao abrigo de título de utilização emitido nos termos e condições previstos nesta lei e em Decreto-Lei a aprovar”. Ou seja, os utilizadores só poderão utilizar estes recursos se estiverem autorizados a isso pela APA, na estrita medida em que esta os autorize.

⁵⁰⁰ AGÊNCIA PORTUGUESA DO AMBIENTE, Água. Lisboa: APA. Disponível em: <https://apambiente.pt/index.php?ref=16&subref=7>. [Consult. 10 out. 2020].

⁵⁰¹ ONU: CENTRO REGIONAL DE INFORMAÇÃO PARA A EUROPA OCIDENTAL, Água. Nova Iorque: ONU. Disponível em: <https://unric.org/pt/agua/>. [Consult. 10 out. 2020].

⁵⁰² Vide ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, Promover a saúde..., *op. cit.*, p.140.

Seja pelo aparecimento de doenças respiratórias – ou até de outra índole, dado estar comprovado que uma má qualidade do ar pode influir sobre outros aspetos, como é o caso do agravamento de doenças cardíacas - em sujeitos que habitam em zonas altamente poluídas, seja pelo agravamento das mesmas⁵⁰³, é ponto assente que este tipo de poluição contribui para um agravamento da taxa de mortalidade. Nas zonas mais poluídas, a inalação de partículas poluentes que circulam no ar tem sido uma grande causa de morte prematura⁵⁰⁴.

Segundo dados da OMS, a poluição atmosférica causa a morte a cerca de 7 milhões de pessoas por ano, devido à exposição a partículas microscópicas que se alojam no nosso organismo, prejudicando o nosso sistema respiratório e cardiovascular, manifestando-se sob várias formas, desde infeções respiratórias, como a pneumonia, até doenças crónicas de que é exemplo cada vez mais frequente a doença pulmonar obstrutiva crónica⁵⁰⁵.

A situação pandémica vivida no presente ano despoletou uma maior reflexão sobre a capacidade de resposta dos vários Sistemas de Saúde e aquilo que pode e deve ser feito ou melhorado daqui em diante. Uma das lições que retiramos da atual situação é a constatação de que, por mais evoluídos, eficazes e adaptáveis que os Sistemas de Saúde sejam, perante uma calamidade pública desta intensidade, todos eles poderão entrar potencialmente em situação de colapso.

Ademais, esta circunstância abre também um espaço de reflexão para a nossa saúde respiratória. Tanto a COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus, como a poluição atmosférica têm efeitos nefastos no equilíbrio do nosso sistema respiratório, a grande diferença é a velocidade a que os efeitos se tornam evidentes. Enquanto que no primeiro caso os sintomas surgem numa questão de dias ou semanas, no segundo estes efeitos podem demorar anos a tornar-se notórios. É este o motivo para que haja, porventura, uma resposta tão lenta e deficitária aos principais agentes poluidores neste âmbito. No entanto, o facto de a ameaça ser invisível não a neutraliza. De facto, como realça o relatório *State of Global Air 2020*⁵⁰⁶, “air pollution was the 4th leading risk factor for early death worldwide in 2019, surpassed only by high blood pressure, tobacco use, and poor diet”⁵⁰⁷.

⁵⁰³ A título de exemplo, crises de asma ou bronquite mais frequentes e que surgem em idades cada vez mais precoces.

⁵⁰⁴ COM (2013) 918 final, p. 5. Disponível em: <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2013/PT/1-2013-918-PT-F1-1.Pdf>.

⁵⁰⁵ ONU: CENTRO REGIONAL DE INFORMAÇÃO PARA A EUROPA OCIDENTAL, 9 out of 10 people worldwide breathe polluted air, but more countries are taking action. Nova Iorque: ONU. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/02-05-2018-9-out-of-10-people-worldwide-breathe-polluted-air-but-more-countries-are-taking-action>. [Consult. 11 out. 2020]. Segundo a mesma fonte, nove em cada dez pessoas respira ar poluído.

⁵⁰⁶ Utilizando a categorização definida por este relatório, há, essencialmente, três tipos de poluição atmosférica: a poluição causada por partículas inaláveis; poluição por ozono troposférico e poluição por gases causadores de efeito de estufa. Apesar de terem características diferentes, serão tratadas como um só bloco neste estudo.

⁵⁰⁷ HEALTH EFFECTS INSTITUTE, A Special Report On Global Exposure To Air Pollution And Its Health Impacts. In *State Of Global Air 2020*, 2020, p. 3. Disponível em: <https://www.stateofglobalair.org/>. [Consult. 19 out. 2020].

Ora, como já referimos, os efeitos causados pela poluição atmosférica na nossa saúde podem ser de manifestação rápida ou podem ter uma expressão mais comedida e gradual, prolongando-se no tempo. Em ambos os casos, na prática estas implicações traduzem-se em perdas no bem-estar e qualidade de vida, no aparecimento ou agravamento de doenças e numa maior pressão sobre os Sistemas de Saúde, cujos recursos humanos e materiais são já parcos⁵⁰⁸.

Servindo-nos mais uma vez do conteúdo do *State of Global Air 2020*:

“there is broad scientific consensus that long-term exposures to air pollution contribute to increased risk of illness and death from ischemic heart disease, lung cancer, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), lower-respiratory infections (e.g., pneumonia), stroke, type 2 diabetes, and, more recently, adverse birth outcomes, and that the public health burden from these exposures is much larger than that from short-term exposures”⁵⁰⁹.

Apesar do relatório em apreço assumir que a longa exposição acarreta um maior fardo para a saúde pública, nomeadamente a nível de despesa, não será de excluir ou diminuir as decorrências da sujeição a elevados níveis de poluição durante um curto período de tempo. Em última instância, pode acontecer um agravamento de doenças já existentes, como a asma ou outras doenças respiratórias ou cardiovasculares.

Passando agora para a análise das implicações de outros tipos de poluição, constatamos que o cenário não é muito diferente.

A título de exemplo, a poluição dos solos representa uma preocupação crescente. Por um lado, os níveis de erosão e desgaste dos solos, potenciados em grande parte pela agricultura intensiva e pela desflorestação, fazem com que seja cada vez mais raro encontrarmos áreas com um solo fértil, capaz de criar e até potenciar a biodiversidade. Por outro, os fertilizantes e agroquímicos utilizados revelam-se cada vez mais agressivos para os solos e para a vida que estes albergam e, consequentemente, para a nossa saúde.

⁵⁰⁸ Em Portugal, o levantamento feito pelas Equipas de Projeto do Plano Nacional de Ação Ambiente e Saúde, criado pela Resolução de Conselho de Ministros n.º 91/2008, identificou como principais efeitos potenciais na saúde humana da poluição do ar as doenças infecciosas, respiratórias e cardiovasculares, o cancro e o cancro infantil, doenças de pele, alergias e perturbações no desenvolvimento (fetal ou infantil). Cfr. Resolução do Conselho de Ministros n.º 91/2008, anexo VII tabela 2 — Efeitos potenciais na saúde humana associados aos domínios prioritários do Plano.

⁵⁰⁹ HEALTH EFFECTS INSTITUTE, A Special Report On Global Exposure To Air Pollution And Its Health Impacts, *op. cit.*, p.15.

Aliás, podemos constatar o quão importante é a utilização deste tipo de compostos e a que nível estamos dependentes do seu uso pois mesmo quando deles resultam danos monetários elevados continua a haver grande hesitação em mudar.

Consultando o website da Agência Portuguesa do Ambiente, constatamos que esta aponta como sendo uma das principais causas da contaminação dos solos em Portugal são as “atividades industriais e urbanas, que entraram em declínio encontrando-se atualmente desativadas ou abandonadas”⁵¹⁰. Estes “passivos ambientais industriais” são um risco para a saúde pública, ainda que, normalmente, estejam bem delimitados geograficamente. Em grande parte dos casos, a sua antiguidade faz com que atualmente sejam situações em que é difícil a aplicação do princípio do poluidor pagador ou em que é demasiado oneroso obrigar o responsável pelas instalações a suportar os custos associados à recuperação dos espaços.

Os solos contaminados apresentam perigo para a saúde pública já que, por um lado, comprometem a segurança alimentar e a qualidade da água que bebemos, mormente quando se trata de reservatórios de água subterrâneos, podendo levar a estados clínicos de contaminação graves e, por outro, porque com a degradação das propriedades do solo contribuímos para uma diminuição da biodiversidade, desequilibrando os cadeias alimentares e ecossistemas e potenciando a transmissão de doenças⁵¹¹.

Assim, assumindo a perigosidade que este circunstancialismo pode representar, o PNAAS, aquando da sua elaboração, incorporou uma equipa de projeto que se debruçava especificamente sobre o Solo e Sedimentos⁵¹² que levou a cabo um inevitável trabalho de investigação e recolha de informação sobre a composição do solo e os seus poluentes nas várias regiões do território português, de forma a traçar quais as zonas mais poluídas e por que poluentes. Depois de identificar o problema, era necessário analisar os resultados obtidos procurando perceber de que forma poderiam afetar – ou afetavam já – as populações que aí residiam.

Neste ponto, a presença de pesticidas ou de metais pesados no solo pode conduzir ou agravar estados clínicos cuja gravidade não é de descurar. Como surge no anexo VII, tabela 2 — Efeitos potenciais na saúde humana associados aos domínios prioritários do Plano, da Resolução do Conselho de Ministros

⁵¹⁰ AGÊNCIA PORTUGUESA DO AMBIENTE, Passivos Ambientais Industriais. Lisboa: APA. Disponível em: <https://www.apambiente.pt/index.php?ref=16&subref=84&sub2ref=1358>. [Consult. 30 out. 2020].

⁵¹¹ SARAH ZOHDY; TONIA SCHWARTZ; JAMIE OAKS, The Coevolution Effect as a Driver of Spillover. *In Trends In Parasitology*. Vol. 35, n.º 6, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471492219300613>. [Consult. 3 nov. 2020].

⁵¹² Foram criadas várias equipas de projeto, uma para cada eixo de atuação prioritário. De entre as suas várias funções destacamos o papel comunicativo que estas equipas tinham para com as entidades coordenadoras (Agência Portuguesa do Ambiente e Direção-Geral da Saúde). Lideradas por gestores de equipas, eram responsáveis pela elaboração e implementação de Fichas de Projeto, em que eram traçadas as bases para a prossecução dos objetivos pretendidos. Por sua vez, às Equipas era atribuída a tarefa de definir esses mesmos eixos de atuação e o objeto sobre o qual as medidas aplicadas incidiriam, o que obrigava a um trabalho de diagnóstico dos pontos sensíveis neste domínio. Cfr. Resolução do Conselho de Ministros n.º 91/2008.

n.º 91/2008, estes efeitos causam perturbações no desenvolvimento, fetal ou infantil, e neurológico, bem como numa debilitação da resposta imunológica e aparecimento de cancro. Há também casos de desregulação endócrina e disfunções no sistema reprodutor⁵¹³.

No fim de todo este procedimento e tendo como referência o levantamento de potenciais efeitos sobre a saúde humana, eram elaboradas e implementadas estratégias de intervenção.

As maiores fontes de contaminação identificadas eram locais e resultavam de atividades humanas. Vários poluentes constaram no levantamento feito por estas equipas, sendo que muitos deles apresentavam um risco real para a saúde humana, que acrescia ao inevitável dano ambiental. O único caminho para proteger e evitar este duplo dano é, como a supramencionada Resolução do Conselho de Ministros refere, a “protecção do solo terá que se concentrar nos princípios da prevenção, precaução e antecipação, sendo essencial que se assegure a protecção da biodiversidade e da matéria orgânica, fundamentais para as funções do mesmo”⁵¹⁴.

Sob pena de estender demais este ponto do estudo, que se pretende breve, abordar-se-á somente uma última tipologia de poluição, a poluição das águas.

Já referimos o essencial sobre os problemas relacionados com este tipo de recurso. Resta dizer que, em Portugal, esta vertente foi considerada um Domínio Prioritário de Intervenção no Plano Nacional de Ação Ambiente e Saúde. Destarte, este processo seguiu uma lógica muito semelhante àquela anteriormente descrita, que foi levado a cabo quanto ao ar, que desde logo incluía várias fases como o levantamento de problemas, identificação de poluentes e sua localização e a definição e implementação de medidas de correção.

A água está presente em praticamente todas as atividades humanas, sendo um veículo de transmissão de determinados poluentes, como micropartículas de plástico, mas também de “substâncias e microrganismos veiculados pela água, dos quais se destacam alguns compostos orgânicos, metais, nitratos, substâncias redutoras de oxigénio e as bactérias e vírus de origem fecal”⁵¹⁵. Todos estes elementos, que somam a outros, como os metais pesados, comportam riscos para a saúde pública, mesmo quando não representam por si só uma ameaça para o ambiente.

⁵¹³ Estes são os efeitos potenciais diretos. Todavia, como foi já referido, a própria segurança alimentar está comprometida, visto que um solo poluído não consegue assegurar alimentos de qualidade. Destarte, a somar aos efeitos elencados acima podemos juntar muitos outros, como doenças infecciosas, respiratórias, cardiovasculares e doenças de pele.

⁵¹⁴ Cfr. Resolução do Conselho de Ministros n.º 91/2008, anexo VII, ponto 1.3 — Solo e sedimentos.

⁵¹⁵ Cfr. Resolução do Conselho de Ministros n.º 91/2008, anexo VII, ponto 1.1 — Água.

Destarte, é crucial que se vele pela proteção deste recurso, tendo especiais cuidados com as águas destinadas ao consumo humano. A este respeito, o PNAAS afirma que em Portugal se têm verificado melhorias, mas que a velocidade a que estas pequenas mudanças acontecem deveria ser superior.

Ademais, refere que a “garantia da distribuição de água de qualidade e nas quantidades suficientes é uma forma eficiente de prevenção dos riscos para a saúde pública, daí a importância dos investimentos neste sector com vista a alcançar estes objectivos”⁵¹⁶.

Fazendo mais uma vez apelo aos resultados do PNAAS, em particular a tabela 2, do anexo VII, os efeitos potenciais catalogados a partir dos estudos efetuados pela equipa de projeto responsável por esta vertente são sobretudo doenças infecciosas e cancro, provocadas por microorganismos, plásticos ou metais pesados que se encontram na água e que com ela são transportados.

Daqui retiramos que há uma relação direta, mas não raras vezes tratada como um tópico secundário, entre cada um dos tipos de poluição em particular e a saúde das populações humanas. Essa maior exposição ao risco não se restringe a quem tem contacto direto com a fonte de poluição ou contaminação, tendo grande potencial expansivo.

⁵¹⁶ Cfr. Resolução do Conselho de Ministros n.º 91/2008, anexo VII, ponto 1.1 – Água.

CONCLUSÕES

O Direito do Ambiente é um ramo relativamente recente do Direito, mas amplamente debatido e difundido na atualidade, debate esse impulsionado pelos desafios futuros que esta área apresenta.

Dentro do nosso ordenamento jurídico tem consagração constitucional, no seu artigo 66.º, estando, à semelhança do Direito de Proteção da Saúde, integrado no catálogo dos DESC. É, portanto, um direito fundamental, ainda que não tenha o estatuto de DLG, desde logo por estar sujeito ao princípio da reserva do financeiramente possível.

Apesar do artigo 66.º da CRP versar sobre este direito, definindo o seu conteúdo e as incumbências do Estado nesta matéria, é no artigo 10.º da Lei de Bases do Ambiente que encontramos a sua delimitação precisa, mais de encontro à definição dada pelo direito internacional.

Neste tópico, cabe ao Estado assegurar que adota Políticas Públicas capazes de promover a preservação dos recursos naturais existentes e proteger uma boa qualidade ambiental, incentivando condutas que tragam benefícios ambientais. Para além disso, deverá abster-se de condutas que possam lesar este bem jurídico.

Abordamos também o papel de grande relevância que as Autarquias Locais podem assumir neste âmbito. Através das suas instâncias de poder local, que apresentam a grande vantagem de estar próximas da população sobre a qual atuam, podem estas proceder a um exame mais rigoroso das necessidades dessa população, identificando também eventuais carências a nível ambiental. Paralelamente, são estruturas com um papel privilegiado no que toca à sensibilização para este tema.

Em Portugal, há ainda um longo caminho a percorrer neste último ponto. Alguns dos principais problemas ambientais prendem-se precisamente com atribuições das Autarquias Locais, como o incorreto ordenamento do território ou o pouco pensado planeamento estratégico e a longo prazo das atividades desenvolvidas.

Acresce ao supramencionado a fraca adesão das Autarquias Locais a medidas de promoção e sustentabilidade ambiental. Há uma secundarização da componente ambiental em prol da obtenção de melhores resultados económicos ou sociais, não raras vezes projetados e pensados para curto prazo.

Neste ponto, incentivamos à adoção de indicadores ambientais, há semelhança dos económicos e sociais já existentes, que expressem o impacto ambiental das medidas adotadas a nível local, pondo em evidência eventuais danos.

Para encerrar esta análise, abordamos, numa vertente mais internacional, as Redes de Cooperação, essenciais em virtude de uma característica específica dos danos ambientais, o seu carácter transfronteiriço. Os danos ambientais não conhecem fronteiras, sendo essencial que os Estados criem entidades que possam agir no sentido de prevenir eventuais malefícios ou cooperar ativamente quando estes surjam.

Demos destaque à EIONET, rede criada com o objetivo de recolher e compilar dados ambientais, de modo a constituir um catálogo através do qual seja possível identificar, por comparação dos dados obtidos, os setores ou Estados onde se encontram as principais fragilidades, contribuindo assim para a promoção da resolução de problemas desta índole.

De seguida abordamos o conceito de desenvolvimento sustentável, constituindo este grande parte das vezes um modo de pensar e agir que procura conciliar o crescimento económico e a preservação do ambiente e dos recursos naturais.

Negamos a sua natureza principiológica, do ponto de vista jurídico, embora não possamos negar a sua essencialidade e urgência enquanto critério norteador na sociedade contemporânea. Aliás, este conceito incorpora um objetivo que a União Europeia se comprometeu a prosseguir, desde logo pelo n.º 3 do artigo 3.º do TUE.

De igual modo, o desenvolvimento sustentável é tratado em comunicações da Comissão Europeia, sendo que hoje é assumido pelas instâncias europeias que este desenvolvimento é uma construção a longo prazo, sendo que a conquista dos objetivos pretendidos dependerá de políticas estruturais, transversais e de longo prazo, cuja fase de definição deverá ser norteadada pelos resultados espelhados através dos indicadores ambientais utilizados. A integração deste conceito no modo de atuar das instâncias europeias está bem patente na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

Entre nós, demos principal destaque ao SIDS, cujo papel passa por criar uma base de dados alargada, construída com recurso a indicadores de Desenvolvimento Sustentável, de forma a melhor aferir quais as fragilidades que devem procurar corrigir-se por força da atuação do poder político-legislativo.

Reservamos a última parte deste capítulo para uma reflexão acerca dos principais desafios atuais que se impõem em matéria ambiental. A conclusão final neste domínio, sem mais delongas, passa pela necessidade de valorização dos problemas ambientais e pela adoção de políticas que os tenham em conta.

Independentemente da fonte de poluição que consideremos, a relação dos vários tipos de contaminação ambiental com a saúde humana está cientificamente demonstrada, despoletando a necessidade de agir, que terá de começar no plano jurídico.

Encontramos no ordenamento jurídico português um corpo normativo cada vez mais robusto neste tópico, sendo que em grande parte este se deve a Diretivas europeias que, enquanto Estado-Membro, somos obrigados a transpor.

Apela-se à criação de soluções inovadoras, que podem passar por planos de ação mais efetivos e a um controlo mais restrito dos Sistemas de Gestão já implementados nestas matérias. O importante será estabelecer as bases para o lançamento de políticas de longo prazo onde estas problemáticas sejam devidamente valorizadas, ao invés constituírem ponderações de segundo plano.

CAPÍTULO II – POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E AMBIENTE EM PORTUGAL

1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E AMBIENTE: ENQUADRAMENTO GERAL

A fase de implementação de uma política pública é bastante complexa, pressupondo um conjunto de procedimentos prévios de consulta, diagnóstico e planificação. É necessário, desde logo, delimitar quais os objetivos que se pretendem prosseguir e os meios a partir dos quais nos iremos servir para os alcançar. Isto é válido quer estejamos a falar de programas, planos ou políticas.

De facto, voltando o olhar para o caso dos planos, estes vêm previstos no artigo 90.º e 91.º da CRP. Logo no artigo 90.º estabelecem-se os objetivos gerais destes instrumentos que funcionam como proscritores e coordenadores de políticas públicas, admitindo que estes podem coadjuvar à “coordenação da política económica com as políticas social, educativa e cultural, a defesa do mundo rural, a preservação do equilíbrio ecológico, a defesa do ambiente e a qualidade de vida do povo português”.

Ao longo desta exposição temos vindo a enumerar vários planos que visavam precisamente concretizar determinadas demandas de pendor ambiental e que tinham necessárias implicações na saúde humana, nomeadamente o Plano Nacional de Ação Ambiente e Saúde, o Plano de Implementação da Estratégia Nacional de Desenvolvimento Sustentável, bem como Planos de Qualidade do Ar ou da Água. Do lado da saúde pública, temos, como exemplo emblemático de eficácia, boa implementação e aceitação pela comunidade, o Plano Nacional de Vacinação.

Para além de avaliar a adequação do instrumento que se pretende implementar, será benéfico fazer projeções de médio e longo prazo, a fim de perceber até que ponto pode ser considerado sustentável e eficaz⁵¹⁷. Utilizando as duas vertentes que NATÉRCIA MIRANDA e ISABEL LOUREIRO propõem, a adoção de um plano, programa ou política terá sido bem sucedida se a sua presença na comunidade for estável e se se tiver verificado a disseminação da sua utilização⁵¹⁸.

Como destaca PEDRO PITA BARROS, a maior dificuldade para encetar uma nova política ou medida contende com a previsão dos efeitos em que essa medida se irá materializar. A dificuldade resulta de

⁵¹⁷ Um exemplo de boa preparação foi a reforma a nível dos cuidados primários de saúde, com a criação das USF, já que foi realizada uma avaliação do impacto potencial que estas teriam a nível social, e da população que poderiam cobrir, bem como a nível económico, com os custos de atividade que delas provinham. Cfr. PEDRO PITA BARROS, *Pela Sua Saúde*, *op. cit.*, p.72.

⁵¹⁸ Vide ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, *Promover a saúde...*, *op. cit.*, p.330.

razões de duas ordens. Em primeiro lugar, mesmo havendo uma cuidada avaliação prévia por parte do legislador ou de quem a concebe, o comportamento dos cidadãos pode, pelas mais diversas razões, ir em sentido oposto – ou, ainda que vá no mesmo, não o faça com a intensidade prevista. Em segundo lugar, poderá haver a tentação de manipular os resultados obtidos de modo a implementar a medida que será politicamente popular⁵¹⁹.

Relacionado com esta problemática surge a questão de discernir qual o melhor modelo de atuação em saúde, sendo que, como já teve oportunidade de se referir ao longo do presente estudo, os modelos de atuação assentes em programas verticais revelaram ser mais inadequados.

Ainda que tenham sido os primeiros a surgir, os programas verticais eram redutores e a prova disso foi a incapacidade de se adaptarem convenientemente às necessidades de cada comunidade⁵²⁰, o que ditou o seu abandono. Atualmente, os programas utilizados deveriam privilegiar cada vez mais a vertente da prevenção, avaliando a influência das várias dimensões que orbitam em torno de cada um de nós e que podem levar a estados de doença. No fundo, este modelo traduz a crescente relevância dos Determinantes Sociais da Saúde no momento da elaboração de estratégias neste domínio.

Todavia, Portugal está ainda a dar os primeiros passos nesta matéria. Nas palavras de JOÃO SEMEDO, “a Prevenção da Doença e a Promoção da Saúde, à exceção dos programas de vacinação, são a grande aposta perdida, o maior fracasso da política de saúde”⁵²¹.

Seguindo a linha de raciocínio do mesmo autor, a forma como as políticas de saúde se articulam é determinada sobretudo pela vertente de tratamento da doença, sendo que as políticas de prevenção não só não atingiram o protagonismo que têm já em alguns países, como são ainda relegadas para segundo plano não raras vezes. Como afirma o autor *supra*, há um fenómeno de “secundarização das políticas de Prevenção da Doença e de Promoção da Saúde e vida saudável”⁵²². Esta realidade fica a descoberto quando analisamos as despesas na saúde. Apenas 4% da despesa total afeta à saúde é destinada à prevenção, com a agravante de que, havendo necessidade de efetuar cortes ou restrições, esta é a área da saúde em que eles geralmente começam⁵²³.

Esta forma de atuação pressupõe a colaboração da população, seja através da adoção de um estilo de vida saudável que previna a doença e, conseqüentemente, poupe recursos materiais e humanos na

⁵¹⁹ PEDRO PITA BARROS, *Pela Sua Saúde*, *op. cit.*, p.71.

⁵²⁰ *Vide* ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, *Promover a saúde...*, *op. cit.*, p.32.

⁵²¹ Cfr. ANTÓNIO ARNAUT; JOÃO SEMEDO, *Salvar o SNS: Uma Nova Lei de Bases da Saúde para Defender a Democracia*, 1ª edição. Porto: Porto Editora, 2018, p.21.

⁵²² Cfr. ANTÓNIO ARNAUT; JOÃO SEMEDO, *Salvar o SNS...*, *op. cit.*, p.21.

⁵²³ Cfr. ANTÓNIO ARNAUT; JOÃO SEMEDO, *Salvar o SNS...*, *op. cit.*, p.21.

saúde, seja através da participação no processo de tomadas de decisão em saúde, de forma a garantir uma maior probabilidade no grau de adesão a essa decisão. Mais do que adequado, este “jogo” entre a prestação de cuidados de saúde, que exige recursos humanos qualificados e recursos materiais que não raras vezes são dispendiosos e envolvem um intenso trabalho de investigação, e a capacidade que a própria comunidade tem de moldar o seu comportamento é essencial para a compatibilização de “uma enorme competitividade e consumismo com o direito à saúde para todos e a necessidade de fazer um acompanhamento diferente para o doente crónico, mais exigente em termos de tempo e comunicação”⁵²⁴.

Desta feita, cumpre agora estabelecer as bases daquilo que é o cerne do nosso estudo. Antes de tecer considerações ou propor determinados eixos de atuação que se possam traduzir em políticas públicas concretas, será relevante fazermos um ponto de situação.

Ao longo da presente dissertação, fomos traçando as linhas gerais do nosso Sistema de Saúde, enquadrando-se este no grupo dos “Sistemas de Saúde universais, financiados através de impostos e em que o estado tem um papel relevante na prestação dos cuidados”⁵²⁵. Como acontece noutras áreas, também na saúde se afigura impossível chegar a um sistema perfeito, eficiente e sustentável. Principalmente quando nos surge como evidente que, à medida que a sociedade evolui, cada um de nós exige mais da saúde e dos seus profissionais, o que se traduz num aumento quantitativo e qualitativo da procura.

Equivale isto a dizer que os utentes procuram mais vezes que lhe sejam prestados serviços de saúde e que esses serviços exigem um elevado grau de especialização e conhecimento por parte de quem os presta, bem como tecnologias e equipamentos avançados que possibilitam mais diagnósticos e formas de tratamentos. A prossecução da qualidade enquanto fator norteador das políticas públicas de saúde está bem patente nos indicadores adotados. “Por exemplo, impactos na esperança média de vida e taxas de mortalidade infantil, de cobertura de tratamentos e meios de diagnóstico, tempos e listas de espera, ou a prevalência de algumas patologias, entre outros elementos.”⁵²⁶

Aliás, o atual quadro pandémico vem apenas reforçar esta ideia. Uma grande parcela do nosso Sistema de Saúde, constituída pelo Serviço Nacional de Saúde, está sujeita a pressões constantes, que vai conseguindo ultrapassar com intervenções pontuais, como o reforço de meios materiais e humanos. Quando essas tensões aumentam, introduzem-se mudanças mais estruturais, nomeadamente

⁵²⁴ Vide ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, Promover a saúde..., *op. cit.*, p.34.

⁵²⁵ MARIANA SILVA, Políticas públicas de saúde: tendências recentes. In *Sociologia, Problemas e Práticas*. N.º 69, 2012, pp. 121-122. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65292012000200008&lng=pt&nrm=iso. [Consult. 9 nov. 2020].

⁵²⁶ MARIANA SILVA, Políticas públicas de saúde: tendências recentes, *op. cit.*, p. 125.

implementando modelos de gestão que são típicos do mercado, uma espécie de empresarialização da saúde, com privatização da sua gestão⁵²⁷. A formação de PPP's foi um dos exemplos mais gritantes da procura por parte do Estado, que não queria perder qualidade na oferta, em aumentar a eficiência.

Já em momentos em que se exige uma adaptação rápida a circunstâncias imprevisíveis, como foi o aparecimento e disseminação do coronavírus, as fragilidades do sistema sobressaem e constatamos que até os sistemas com maior poder de adaptação entram em rutura.

Quanto ao caso português, as vulnerabilidades do sistema tentaram ser corrigidas por via de políticas que incidiam sobre a gestão e composição da rede de cuidados. Desde logo, aparecem os primeiros hospitais públicos com gestão privada – o que aumenta a eficiência, já que tende para o lucro -, a privatização de parte dos cuidados de saúde prestados⁵²⁸ e o recurso a mecanismos próprios de mercado.

Aliás, uma das fases do Serviço Nacional de Saúde, que vai desde 2002 até 2005, destaca-se por “uma combinação de estratégias centradas na eficiência do sistema com um discurso de mudança para um sistema misto entre público e privado e de substituição do Serviço Nacional de Saúde por um Sistema Nacional de Saúde”⁵²⁹. Estes mandamentos de eficiência não saíram do radar dos decisores políticos, pelo contrário, mantém-se até hoje a procura de formas de suprir falhas no sistema.

Assim sendo, assumindo que não existem sistemas perfeitamente estáveis e que todos, invariavelmente, estão sujeitos a externalidades introdutoras de ineficiências, temos de proceder a um trabalho de identificação dos campos em que, dentro do sistema considerado, há um maior potencial de melhoria. No caso do Serviço Nacional de Saúde, o caminho percorrido para melhorar a gestão e a rede já permitiu colmatar algumas lacunas, sendo que os eventuais ganhos de eficiência que derivassem de modificações introduzidas nestes dois parâmetros dificilmente poderiam ter um carácter significativo. Nas palavras de MARIANA SILVA, “estar-se-á perto de um ponto em que os ganhos a este nível (gestão, rede) serão insuficientes para produzir mais impactos significativos na promoção da sustentabilidade do sistema”⁵³⁰.

Destarte, em consonância com tudo o que foi sendo dito, um caminho possível seria investir na prevenção, fazendo aqui apelo aos Determinantes Sociais da Saúde que fomos abordando. Dado o objeto

⁵²⁷ MARIANA SILVA, Políticas públicas de saúde: tendências recentes, *op. cit.*, p. 122.

⁵²⁸ Ainda que o Estado continue a deter uma parte significativa do sistema e a ser um prestador de serviços, a verdade é que este procura ter uma intervenção menos direta, mais na ótica da regulação do que da prestação.

⁵²⁹ MARIANA SILVA, Políticas públicas de saúde: tendências recentes, *op. cit.*, p. 122.

⁵³⁰ MARIANA SILVA, Políticas públicas de saúde: tendências recentes, *op. cit.*, p. 127.

do nosso estudo, cumpre indagar sobre possíveis medidas que incidam sobre o ambiente e possam beneficiar dois campos com tantas interconexões como são estes.

2. PROPOSTAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

As linhas mestras da política em saúde estão definidas pela sua Lei de Bases, a Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. Como tal, consideramos que será pela análise de alguns aspetos deste diploma que devemos começar este ponto.

Sendo uma lei recente, esta procurou colmatar algumas das falhas que vinham sendo apontadas àquela que a precedeu, bem como atualizar o conteúdo normativo, adequando-o aos conhecimentos e técnicas atuais. Posto isto, é compreensível que este novo diploma abarque com maior pormenor temas como a Prevenção da Doença ou o papel dos determinantes sociais na Promoção da Saúde.

Aliás, ainda que haja várias referências à prevenção⁵³¹, o legislador menciona os Determinantes Sociais da Saúde apenas uma vez, no n.º 2 da Base 10, que dispõe sobre a saúde pública. Analisando o referido número, percebemos que este estabelece uma incumbência para o membro do Governo responsável pela área da saúde que passará por: “identificar áreas específicas de intervenção, programas e ações de Promoção da Saúde e da Prevenção da Doença ao longo da vida, tendo presentes os problemas de saúde com maior impacto na morbilidade e na mortalidade, os desafios sociodemográficos e a existência de determinantes não modificáveis, bem como sociais, económicos, comerciais, ambientais, de estilo de vida e de acesso aos serviços”.

Esta tarefa surge em linha com o disposto no número anterior, que atribui ao Estado a competência de “acompanhar a evolução do estado de saúde da população, do bem-estar das pessoas e da comunidade, através do desenvolvimento e da implementação de instrumentos de observação em saúde”. De facto, os instrumentos de observação em saúde são essenciais para aferir quais as causas que conduzem aos problemas cuja resolução é mais premente em cada momento. São eles que permitem, por assim dizer, o “diagnóstico” das debilidades do Sistema de Saúde.

⁵³¹ A prevenção e Promoção da Saúde aparecem no n.º 2 da Base I, constando entre o elenco de várias dimensões da saúde que aí se destacam e cujo acesso deve ser assegurado a todos. É também nesta norma que o legislador aproveitou para repartir a responsabilidade pela efetivação do direito à proteção da saúde pelo Estado, sociedade e pessoas. Já na Base IV discrimina-se, logo na alínea a), como sendo um fundamento da política de saúde a “Promoção da Saúde e a Prevenção da Doença, devendo ser consideradas na definição e execução de outras políticas públicas”. Cumpre ainda destacar a Base XX, que estabelece como um princípio de atuação do SNS “a Promoção da Saúde, Prevenção da Doença e o tratamento e reabilitação dos doentes”. Estas dimensões estão presentes em mais normas do diploma, no entanto o essencial resulta das que aqui foram enumeradas.

Há ainda dois pontos que merecem destaque, pela positiva, neste diploma legal. Em primeiro lugar, a exaltação de um determinante social da saúde em específico, a literacia. A literacia em saúde é um conceito relativamente recente, mas que cada vez mais se assume como uma das peças chave para bons resultados a nível de prevenção. Na Base XII, cuja epígrafe é, precisamente, “Literacia para a Saúde”, estipula-se como responsável pela sua promoção o Estado. Assim, o Estado deve permitir “às pessoas compreender, aceder e utilizar melhor a informação sobre saúde, de modo a decidirem de forma consciente e informada” para além de que esta “deve estar sempre presente nas decisões e intervenções em saúde pública, impondo a articulação com outras áreas governamentais, em particular a da educação, do trabalho, da solidariedade social e do ambiente, com as autarquias e com os organismos e entidades do setor público, privado e social”.

Em segundo lugar, intimamente relacionado com o ponto anterior, é de exaltar a importância da participação dos cidadãos pelo estado de saúde da população como um todo. Cabe às comunidades participarem na definição das políticas de saúde, bem como acompanharem e avaliarem a sua execução⁵³². Este elemento de participação é importante porque, como já se referiu, é crucial para a aceitação das políticas, contribuindo assim para a sua eficaz implementação. Para além disso, esta participação responsabiliza os sujeitos, na medida em que, ao serem chamados para o processo de tomada de decisões, compreenderão melhor o papel ativo que cada um deles desempenha, nomeadamente ao nível da própria Promoção da Saúde individual e coletiva.

O lugar de maior destaque que estas realidades ganharam na nova Lei, principalmente quando comparada com a anterior, é positivo. Aliás, antes da feitura deste diploma, já várias vozes se insurgiam contra a anterior Lei de bases, considerando que era necessária uma nova Lei para que o Sistema de Saúde, mormente o SNS, pudesse fazer frente às dificuldades constatadas. Entre esses, JOÃO SEMEDO afirmava até que “não basta mudar a lei, muitas outras mudanças são indispensáveis, mas sem mudar a lei não conseguiremos interromper, travar e inverter o declínio do SNS”⁵³³.

Isto é, teremos de avaliar se o aparente virtuosismo da nova Lei de bases tem expressão prática, caso contrário de nada nos servirá.

Quiçá o melhor modo de seguir com esta temática seja precisamente abordar exemplos práticos em países onde esta vertente de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde está já sobejamente desenvolvida, como é o caso da Finlândia.

⁵³² Cfr. Base V e alínea f) do n.º 2 da Base IV da Lei 95/2019, de 4 de setembro.

⁵³³ Vide ANTÓNIO ARNAUT; JOÃO SEMEDO, *Salvar o SNS...*, *op. cit.*, p.28.

A Finlândia adotou uma visão estratégica e sistémica de saúde, sendo que “as mudanças organizacionais e políticas foram efetuadas de forma integrada e tiveram um efeito visível em saúde pública, conseguindo manter enfoque nos Determinantes da Saúde”⁵³⁴.

Isto permitiu que este país se tornasse um dos exemplos a seguir quando a matéria é saúde, sendo indubitável a sua rápida e constante evolução. A respeito dos resultados alcançados, é a OMS que traça uma das possíveis causas para que isto aconteça.

“Moreover, this is matched by its openness to external review of its achievements, progress and problems in public health. It has consistently invited and experienced such reviews and is exemplary in its endeavours to learn from them and to share its experiences internationally for wider benefit”⁵³⁵.

Porventura, a abertura demonstrada pela sociedade finlandesa e pelos próprios agentes políticos terá sido o passo crucial para esta viragem no sector da saúde, prendendo-se sobretudo com o próprio conceito de Saúde Pública, que passou a ser visto de um modo mais global e abrangente, mas também com o grau de avaliação a que o próprio sistema finlandês se sujeitava, testando as várias hipóteses e sujeitando-as a crítica.

Isto culminou numa prática de saúde muito própria. Utilizando como referência os Determinantes Sociais da Saúde, chegou-se a uma conceção que praticamente desconsidera os fatores de risco individual e procura criar condições para que a comunidade preserve o seu nível de saúde, prevenindo doenças⁵³⁶. Seguindo esta linha de raciocínio, os serviços de saúde passam para segundo plano, colocando o acento tónico na educação e sensibilização da comunidade para este tópico⁵³⁷.

Esta visão integrada, ou até intersectorial, da saúde, tem repercussões a nível organizacional e de produção legislativa. A título de exemplo, enquanto que em Portugal existe ao nível central um Ministério da Saúde, na Finlândia a nomenclatura é diferente. Existe um Ministério dos Assuntos Sociais e da Saúde, sendo que, dentro dele, criou-se um departamento próprio para a questão da Promoção da Saúde. Esse

⁵³⁴ Vide ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, Promover a saúde..., *op. cit.*, p.148.

⁵³⁵ OMS EUROPA, Review of national Finnish health promotion policies and recommendations for the future. Copenhaga: OMS Europa, pp.10 e 11. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107459>. [Consult. 20 nov. 2020].

⁵³⁶ OMS EUROPA, Review of national Finnish health promotion policies and recommendations for the future, *op. cit.*, p.11. [Consult. 20 nov. 2020].

⁵³⁷ Vide ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, Promover a saúde..., *op. cit.*, p.149.

Ministério tem uma acentuada vertente de coordenação, já que se entende que a efetividade das políticas de saúde depende do progresso alcançado noutros ramos⁵³⁸.

Ainda que Portugal e os demais Estados-Membros da União Europeia aceitem a validade desta conceção, exaltada sobretudo pelo projeto Saúde em Todas as Políticas, que abordamos já como sendo “tanto um instrumento facilitador da equidade na saúde como uma estratégia colaborativa para incorporar, de maneira mais decisiva e eficaz, considerações sobre saúde no processo de tomada de decisões entre setores e campos de políticas”⁵³⁹, a verdade é que nenhum outro conseguiu concretizar esta visão na prática como a Finlândia o fez.

Há, portanto, determinadas práticas que poderíamos extrapolar para o caso português. De seguida, iremos abordar duas que nos parecem cruciais e replicáveis em Portugal.

Desde logo, uma das traves mestras da construção finlandesa é a autonomia local⁵⁴⁰. Ora, o pensamento das instâncias decisórias finlandesas convergiu no sentido de aceitar uma realidade: se queremos que as medidas de Promoção da Saúde sejam eficazes, temos de aceitar que o grau de adequação de uma medida pode variar consoante as características daquela concreta população. Destarte, as instâncias decisórias que podem proceder a um melhor levantamento das necessidades locais e à implementação de medidas com base nos resultados obtidos são as instâncias de poder local.

Houve lugar a uma redistribuição de competências entre a autoridade central e as autoridades locais, “aumentando consideravelmente as competências dos municípios na organização dos chamados “serviços básicos” (saúde, educação e serviços sociais)”⁵⁴¹.

Obviamente, para que o poder local conseguisse levar a cabo essa tarefa, foi necessário dispensar uma parcela maior de financiamento. A distribuição deste financiamento obedece a regras de meritocracia em que “a autonomia financeira dos municípios vai aumentando na medida do fornecimento de serviços planeados a nível local, baseados nas necessidades da população”⁵⁴². É um sistema de distribuição de financiamento estatal em que se beneficia no ano seguinte quem cumpre os objetivos

⁵³⁸ Cfr. ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, Promover a saúde..., *op. cit.*, p.149.

⁵³⁹ OMS; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, Plano De Ação Sobre Saúde Em Todas As Políticas: Relatório De Progresso. 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana; 69ª Sessão Do Comitê Regional Da OMS Para As Américas. 2017. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-pt-9251&alias=41208-csp29-inf-7-a-p-208&Itemid=270&lang=pt. [Consult. 13 nov. 2020].

⁵⁴⁰ O processo de tomada de decisão nestas instâncias locais compreende um conselho eleito pelos residentes de cada comunidade onde se deliberam e decidem as principais questões, prevendo-se ainda modelos próprios que garantam a participação dos indivíduos nas decisões. OMS; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, Plano De Ação Sobre Saúde Em Todas As Políticas: Relatório De Progresso, *op. cit.*, p.27.

⁵⁴¹ Cfr. ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, Promover a saúde..., *op. cit.*, p.149.

⁵⁴² Cfr. ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, Promover a saúde..., *op. cit.*, p.149.

que se propôs no ano anterior, desde que estes se traduzam em melhorias nas condições de vida daquela concreta comunidade⁵⁴³.

Socorrendo-nos novamente do relatório *Review of national Finnish health promotion policies and recommendations for the future*, a lógica por detrás do sistema era a seguinte:

“as the municipalities collect their own taxes, and legislation gives them considerable freedom in organizing the required services to inhabitants – increasing the responsibility of the municipalities would benefit the health and wellbeing of the citizens, including health promotion”⁵⁴⁴.

Tempo agora de comparar o regime finlandês de autonomia local com as soluções oferecidas pelo ordenamento jurídico português e perceber em que pontos podemos melhorar.

Antes de avançar com qualquer análise, sob pena de vermos as nossas pretensões cortadas pela raiz, temos de perceber se a transferência de competências para as Autarquias Locais é permitida à luz do complexo normativo português. Encontramos a resposta a esta indagação no artigo 13.º da Lei n.º 50/2018, de 16 de agosto, já em parte dissecada neste estudo, mas sobre a qual se vai procurar analisar estas questões em particular.

Segundo o artigo *supra*, a saúde consta do catálogo de áreas sobre as quais os órgãos municipais passam a ter novas competências. Todavia, após uma leitura atenta do artigo, constatamos que essas competências dizem respeito à gestão dos recursos humanos e materiais e à rede de prestação de cuidados de saúde. Utilizando o próprio texto do artigo, são competências “no planeamento, na gestão e na realização de investimentos relativos a novas unidades de prestação de cuidados de saúde primários”, bem como “gerir, manter e conservar outros equipamentos afetos aos cuidados de saúde primários”, “gerir os trabalhadores” e “gerir os serviços de apoio logístico das unidades funcionais dos ACES que integram o Serviço Nacional de Saúde”. Só na última alínea do n.º 2 do artigo 13.º temos uma referência à Promoção da Saúde. Refere a alínea d) que cabe também aos órgãos municipais “participar nos programas de promoção de saúde pública, comunitária e vida saudável e de envelhecimento ativo”.

⁵⁴³ Paralelamente, as instâncias locais são financiadas por agências governamentais e outros agentes, dos quais destaco o Instituto Nacional de Saúde Pública. As agências financiam primordialmente aquelas instâncias já que são, porventura, o centro decisório no que toca à implementação de medidas, bem como financiam centros de investigação e desenvolvimento nesta área. Fica a nota, no que concerne com estes centros de investigação e desenvolvimento, do trabalho que tem sido desenvolvido no âmbito da correção das desigualdades no acesso à saúde.

⁵⁴⁴ OMS; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, Plano De Ação Sobre Saúde Em Todas As Políticas: Relatório De Progresso, *op. cit.*, pp.12 e 13,

Uma vez mais, podemos ver que, quando toca à correção de ineficiências no campo da saúde, o legislador português foca-se sobretudo no melhoramento da rede de prestação de cuidados de saúde e na gestão de recursos humanos e materiais.

Este modo de legislar carece, portanto, de inovação. Estamos perante um legislador que deveria reconhecer outras soluções para além das que são já tradicionalmente aplicadas pelo nosso ordenamento. Isto faz com que os centros decisórios dos municípios não estejam devidamente sensibilizados para estas matérias, sendo que “o envolvimento, como é de esperar, tem implicações no desenho das políticas, na governação e na intervenção direta”⁵⁴⁵. Ou seja, há uma relação de proporcionalidade direta que, neste âmbito, é preciso inverter.

A falta de inovação é um dos fatores responsáveis pelo uso pobre de uma ferramenta que poderia revelar-se de grande utilidade, mas está longe de ser o único.

Aliás, neste âmbito até a história portuguesa parece ter a sua quota parte de culpa. Isto porque vivemos cerca de quatro décadas sob um regime ditatorial fechado, em que o Estado concentrava em si toda a competência de atuação. Mais do que isso, o Estado, visto aqui como Estado-providência, “desresponsabilizava e minimizava a capacidade de intervenção e iniciativa dos cidadãos, desmobilizava, ou mesmo punia, qualquer tentativa de participação”⁵⁴⁶.

Por último, mas não menos importante, temos a questão do financiamento. Isto porque de nada vale transferir competências se os meios não acompanharem. No artigo 5.º da Lei suprarreferida, vemos as regras aplicáveis ao financiamento destas novas competências, referindo o n.º 3 que “são inscritos, nos Orçamentos do Estado dos anos de 2019, 2020 e 2021, os montantes do Fundo de Financiamento da Descentralização que incorporam os valores a transferir para as Autarquias Locais e para as entidades intermunicipais que financiam as novas competências”.

Os critérios de repartição dos recursos públicos entre o Estado e as Autarquias Locais estão previstos no Regime Financeiro das Autarquias Locais e Entidades Intermunicipais, aprovado pela Lei n.º 73/2013, de 3 de setembro, já amplamente alterada. Vamos analisar mais concretamente os seus artigos 25.º e 31.º, na sua redação atual⁵⁴⁷.

⁵⁴⁵ ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, *Promover a saúde...*, *op. cit.*, p.26.

⁵⁴⁶ ISABEL LOUREIRO; NATÉRCIA MIRANDA, *Promover a saúde...*, *op. cit.*, p.26.

⁵⁴⁷ Tanto o artigo 25.º como o artigo 31.º dizem respeito aos municípios. Quando às freguesias, o artigo 36.º do mesmo diploma fornece o critério de atribuição de financiamento, remetendo para o n.º 2 do artigo 25.º do mesmo diploma. O financiamento far-se-á, portanto, a título de subvenção geral. A essa percentagem da participação de impostos a que as freguesias têm direito chamamos Fundo de Financiamento das Freguesias. A esse Fundo juntamos receitas próprias da freguesia, constantes no artigo 23.º.

Os critérios de repartição que resultam destes normativos são, constatamos, em grande parte – se não em toda – de aplicação mecânica, sem qualquer consideração acerca do mérito da autarquia e da sua capacidade de concretizar medidas que se traduzam num aumento da qualidade de vida da população. Esta desconsideração do legislador, acompanhada pela dessensibilização a que já aludimos *supra*, faz com que seja muito mais provável que o estado de inércia se prolongue⁵⁴⁸.

Aliás, recorrendo aos conceitos de equilíbrio financeiro vertical e horizontal⁵⁴⁹, plasmados nos n.º 3 e 4 do artigo 10.º, percebemos que, no que concerne com o equilíbrio financeiro horizontal, poder-se-ia obter resultados mais satisfatórios se fossem gradualmente implementados critérios de cariz social e ambiental que premiassem autarquias em que de facto o trabalho realizado tinha contribuído, e aqui fazendo apelo ao objeto do nosso estudo, para uma população com hábitos de vida mais saudáveis, mais consciencialização ambiental ou maior grau de participação e literacia em saúde.

Também o n.º 1 do artigo 11.º concede ainda mais força a esta ideia, já que postula que a coordenação entre as finanças locais e as finanças do Estado devem ser um instrumento para o “desenvolvimento equilibrado de todo o País e a necessidade de atingir os objetivos e metas orçamentais traçados no âmbito das políticas de convergência a que Portugal se tenha vinculado no seio da União Europeia”. Ora, também neste ponto a adoção de critérios de distribuição dos recursos que fossem modelados pelos resultados obtidos e temperados por considerações de desigualdade poderiam culminar em respostas bastante mais expressivas e positivas por parte das instâncias de poder local.

Recorrendo mais uma vez ao exemplo finlandês, foi até concebida e criada uma linha de financiamento própria para a Promoção da Saúde, dentro do Ministério dos Assuntos Sociais e da Saúde. Os fundos que constituem essa linha são quase na sua totalidade provenientes de impostos aplicados ao tabaco, álcool, entre outros. Também em Portugal existem impostos deste tipo, em que o Estado procura incentivar ou inibir alguns comportamentos dos indivíduos que sejam nocivos para a saúde, os denominados impostos especiais sobre o consumo. Ora, incorporar a receita obtida através destes

⁵⁴⁸ Sem prejuízo de o legislador tomar em conta determinados mandamentos como o “princípio da estabilidade das relações financeiras entre o Estado e as Autarquias Locais”, constante no n.º 1 do artigo 10.º, o que equivale a dizer que deve haver proporcionalidade entre as atribuições e competências que a lei atribui às autarquias e os meios de efetivação dessas mesmas competências, os concretos critérios que regem depois essa distribuição não dão ao mérito e à eficácia o papel decisivo que estes deveriam ter.

⁵⁴⁹ O equilíbrio financeiro vertical e horizontal complementam-se, contudo, não se reportam à mesma realidade. O equilíbrio financeiro vertical, plasmado no n.º 3 do artigo 10.º da supramencionada lei, “visa adequar os recursos de cada nível de administração às respetivas atribuições e competências, nos termos da lei”. Ou seja, será um princípio importante a nível de repartição de recursos entre o Estado e as várias Autarquias Locais. O equilíbrio financeiro horizontal “pretende promover a correção de desigualdades entre autarquias do mesmo grau resultantes, designadamente, de diferentes capacidades na arrecadação de receitas ou de diferentes necessidades de despesa”. Isto é equivalente a dizer que este princípio intervém como princípio de adequação e equilíbrio entre autarquias, principalmente quando estas apresentam características diferentes, que se traduzem em desigualdades.

instrumentos fiscais para promover uma linha de financiamento deste tipo poderia ser uma solução interessante.

Aproveitemos esta oportunidade para uma reflexão adicional: a promoção da qualidade ambiental através de um melhor destino das receitas arrecadadas por taxas e impostos ambientais.

O conceito de fiscalidade verde tem vindo a ganhar destaque ao longo dos últimos anos. Em Portugal, o diploma base nesta matéria é a Lei n.º 82-D/2014, de 31 de dezembro, que foi sucessivamente alvo de alterações. A ideia central é implementar normas fiscais que sejam eficazes, no sentido de estabelecerem incentivos ou, pelo contrário, inibirem, determinados comportamentos ou realidades que possam prejudicar a qualidade ambiental, com repercussões para a saúde pública.

Os alicerces para esta reforma foram lançados pela União Europeia, por via da Comunicação da Comissão Europeia com Orientações relativas a auxílios estatais à proteção ambiental e à energia 2014-2020⁵⁵⁰. Como refere a comunicação em apreço no seu considerando 15, o imposto ambiental será “um imposto cuja base tributável específica tem um efeito negativo patente no ambiente e cujo objetivo consiste em tributar certas atividades, bens ou serviços por forma a que os custos ambientais a eles inerentes possam ser incluídos no seu preço e/ou de molde a que os produtores e consumidores sejam orientados para atividades mais favoráveis ao ambiente”⁵⁵¹.

Daí que a Lei n.º 82-D/2014, de 31 de dezembro, tenha procedido a um conjunto de alterações em vários outros diplomas, com o intuito de alterar algumas das suas disposições, conferindo-lhe um pendor mais “ambiental”. Desde logo, muitas das modificações incidiram sobre vários Códigos de impostos, como foi o caso do Código dos Impostos sobre o Rendimento das Pessoas Singulares, dos Impostos sobre o Rendimento das Pessoas Coletivas, sobre o Valor Acrescentado ou dos Impostos Especiais de Consumo. Sem que tenhamos a pretensão de fazer um estudo exaustivo sobre aquilo que foi alterado em cada um desses diplomas, é pertinente deixar a nota de que muitas das mudanças passaram pela criação ou agravamento de taxas em torno de comportamentos nocivos para o ambiente⁵⁵².

⁵⁵⁰ COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO (COM 2014/C 200/01), Orientações relativas a auxílios estatais à proteção ambiental e à energia 2014-2020. Disponível em [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014XC0628\(01\)&from=EL](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014XC0628(01)&from=EL).

⁵⁵¹ Relativamente aos auxílios estaduais permitidos neste domínio, a Comissão Europeia apela a critérios de adequação e proporcionalidade. Isto porque, desde logo, como afirma no seu primeiro considerando, os auxílios estaduais estabelecidos são exceções. O princípio geral é que estes sejam proibidos, sendo eles potenciais elementos de falseamento de concorrência e, portanto, incompatíveis com a pretensão de concretização de um mercado interno. Assim, os instrumentos escolhidos devem ser, de entre todos os disponíveis, o que mais se adequa àquela base tributável em particular, e apenas na medida necessária para servir o fim pretendido.

⁵⁵² Logicamente, o contrário também é válido. Comportamentos que tragam melhorias a curto, médio ou longo prazo, ou que ajudem a implementar novas tecnologias mais “verdes”, foram incentivados através do desagravamento das taxas anteriormente aplicáveis ou, noutros casos, isentos. A conceção de apoios e reembolsos na aquisição de veículos elétricos ou de energias renováveis, bem como a introdução de benefícios fiscais pensados para organizações não governamentais ambientais, foram medidas concretas que levaram a melhorias reais.

Será pertinente analisar o regime de tributação específico que foi estabelecido pelo artigo 30.º deste diploma legal. Desde logo, cumpre estabelecer as linhas mais gerais desta contribuição, para que, depois de dados esses elementos essenciais, nos possamos debruçar sobre um aspeto em específico.

Este regime de tributação incide sobre os sacos de plástico leves, mas nem todos. O artigo 31.º da referida Lei, que traça o âmbito de incidência objetiva da contribuição em apreço, refere que estarão sujeitos ao presente regime tributário os “sacos de plástico leves, produzidos, importados ou adquiridos no território de Portugal continental, bem como sobre os sacos de plástico leves expedidos para este território”.

Aqui, a Lei faz apelo⁵⁵³ à Diretiva 94/62/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 20 de dezembro, referindo que a definição de “sacos de plástico leves” dada por essa Diretiva vale também no contexto da presente Lei.

Do lado passivo, a incidência subjetiva recai sobre “os produtores ou importadores de sacos de plástico leves com sede ou estabelecimento estável no território de Portugal continental, bem como os adquirentes de sacos de plástico leves a fornecedores com sede ou estabelecimento estável noutro Estado membro da União Europeia ou nas regiões autónomas”⁵⁵⁴.

Feita esta contextualização, voltemos agora o olhar para os fundamentos que servem de base à criação desta contribuição em particular, mas também de qualquer imposto ou taxa ambiental em geral, para que, por sua vez, possamos relacioná-los com o modo como a receita a partir dela obtida é afetada.

Para este efeito, vamos socorrer-nos sobretudo de um relatório da Agência Europeia do Ambiente que versa sobre a implementação e eficácia dos impostos ambientais⁵⁵⁵, em especial na parte que respeita aos fundamentos para se avançar com tributação deste tipo. Segundo a Agência Europeia do Ambiente, podemos discriminar cinco motivações preponderantes na escolha desta tributação. Seguiremos a tipologia aí adotada, não só pela qualidade do enquadramento da cada uma das questões, mas também por nos parecer bastante assertiva.

⁵⁵³ Cfr. n.º 2 do artigo 31.º da Lei 82-D/2014, de 31 de dezembro, alterada.

⁵⁵⁴ Cfr. artigo 32.º da lei em apreço. Ademais, o artigo 33.º estabelece que a estas contribuições se aplicam alguns pontos do regime estabelecido no Código de Impostos Especiais de Consumo (CIEC).

⁵⁵⁵ Este relatório da autoria da Agência Europeia do Ambiente, de seu título “Environmental Taxes: Implementation and Environmental Effectiveness” faz uma reflexão sobre os motivos pelos quais esta tributação é escolhida e crescentemente valorizada pelos vários Estados, estabelecendo também um balanço sobre os resultados obtidos e sugestões de aprimoramento. Cfr. AGÊNCIA EUROPEIA DO AMBIENTE, *Environmental Taxes: Implementation and Environmental Effectiveness*. Copenhaga: AEA, 1996. Disponível em: <https://www.eea.europa.eu/publications/92-9167-000-6>. [Consult. 31 nov. 2020].

Em primeiro lugar, os impostos ambientais estão relacionados com a necessidade de incorporar determinados custos – associados a externalidades positivas ou negativas⁵⁵⁶ – no preço de determinados bens ou serviços que se encontram à disposição dos consumidores no mercado. Seja em virtude do processo produtivo, do processo de distribuição, ou dos materiais e compostos químicos utilizados, há bens e serviços dos quais resultam impactos para a natureza ou saúde humana que, embora não estando vertidos no preço que por eles, enquanto consumidores finais, pagamos, não são de forma nenhuma de desprezar.

Os impostos ambientais permitem uma economia mais justa neste sentido, já que, ao incorporar no preço de um determinado produto os custos associados aos danos que foram causados pela sua produção ou distribuição, há um efeito de desincentivo bilateral. Por um lado, o consumidor tenderá a procurar um preço mais baixo, substituindo esse bem ou serviço por um outro, o que neste contexto significa um ganho económico e, simultaneamente, um ganho ambiental. Por outro, o produtor sentirá o ímpeto de atualizar aquele determinado processo produtivo, ou alterar os materiais que utiliza, tendo em vista uma redução dos danos causados, já que uma diminuição do preço representa também para si uma maior probabilidade de venda, um maior ganho económico, portanto.

Ademais, as externalidades nem sempre são negativas. Ou seja, os efeitos secundários de uma determinada atividade podem traduzir-se em benefícios para o ambiente ou saúde humana. Entende-se que da mesma forma que uma externalidade negativa se traduziria num agravamento do preço, neste último caso poderia haver uma redução do preço, através de apoios ou subsídios. Ambos os caminhos redundam na mesma ideia de incorporação da externalidade no preço do bem ou serviço adquirido.

Por tudo o que foi dito, podemos concluir que “environmental taxes also help to implement the *polluter pays principle*, as they confront polluters with the full costs of their polluting activity”⁵⁵⁷.

Em linha com o fundamento que se expôs *supra*, destacamos um segundo argumento a favor da utilização deste método, o seu efeito de incentivo. No fundo, utilizando a lógica da oferta e da procura num mercado livre, conseguimos que a um maior preço corresponda também uma maior carga de danos ambientais. Ora, o consumidor será afastado da escolha que comporta maior grau de poluição porque é simultaneamente benéfico para ele que escolha outro produto ou serviço.

⁵⁵⁶ As externalidades devem ser entendidas como “side effects of the economic activity and their costs are not part of the prices of the goods and services produced by economic activity”. Cfr. AGÊNCIA EUROPEIA DO AMBIENTE, *Environmental Taxes: Implementation and Environmental Effectiveness*, *op. cit.*, p. 15.

⁵⁵⁷ Cfr. AGÊNCIA EUROPEIA DO AMBIENTE, *Environmental Taxes: Implementation and Environmental Effectiveness*, *op. cit.*, p.15.

Ainda que se possa defender que é precisamente este argumento que leva a que os impostos ambientais sejam mais eficientes do que a regulação por outra via, nomeadamente a imposição de restrições legais, entendemos que a via da regulação é tão importante quanto a tributação porque nos parece ser complementar.

Isto é, apenas conseguiremos retirar o máximo proveito de um imposto ambiental se este surgir enquadrado no âmbito de uma determinada política transversal⁵⁵⁸.

A título de exemplo, e corrigindo uma abordagem mais redutora que temos utilizado até aqui, o preço não é o único fator que influencia a escolha do consumidor. Imaginemos o caso em que um imposto ambiental aumenta o valor de um determinado bem, mas, em virtude da dificuldade em substituir o consumo desse bem por outro no mercado, nomeadamente pela ausência de alternativas fiáveis e adequadas, o consumidor continua a preferir pagar mais por esse bem. Neste caso, uma opção a considerar será, ao invés de optarmos por um novo aumento no preço do bem, utilizar políticas complementares de incentivo à inovação.

Este ponto leva-nos ao fundamento seguinte. Quando regulamos um campo de atividade por ele ser especialmente poluente estabelecemos um conjunto normativo de imposições ou restrições que a todos os operadores desse setor respeitam. Muitas vezes, não há nenhum elemento na regulação que permita que, em bom rigor, os operadores possam escolher até que ponto pretendem suportar uma quantidade mais avultada de imposto ou, por outra via, reduzir os custos da poluição⁵⁵⁹. Em teoria, este elemento pode fazer com que seja mais eficaz aplicar um imposto do que regular um determinado campo de atividade.

Encadeado com esta ideia, surge um outro argumento a favor da tributação ambiental, o encorajamento à inovação. Tomando como referência as alterações levadas a cabo pela Lei n.º 83-D/2014, de 31 de dezembro, quando o legislador estabeleceu uma isenção de pagamento de qualquer taxa nos casos em que houvesse conversão de veículos cujo motor funcionasse por combustão interna em veículos elétricos, o legislador quis criar um incentivo para adoção de uma tecnologia mais recente e menos poluente.

Ainda que a curto prazo a conversão para tecnologias mais amigas do ambiente possa ser quase impercetível, a longo prazo trará mudanças em grande escala. Segundo o supramencionado relatório, “any increase in eco-efficiency that environmental taxes encourages also helps to implement the

⁵⁵⁸ Cfr. AGÊNCIA EUROPEIA DO AMBIENTE, *Environmental Taxes: Implementation and Environmental Effectiveness*, *op. cit.*, p.17.

⁵⁵⁹ Cfr. AGÊNCIA EUROPEIA DO AMBIENTE, *Environmental Taxes: Implementation and Environmental Effectiveness*, *op. cit.*, p.17.

“precautionary principle”. i.e. the reduction of exposures to substances before there is conclusive evidence of serious harm”⁵⁶⁰.

Por último, resta tocar num ponto que fará a ligação crucial com a conclusão que se pretende retirar.

A utilização de impostos ambientais não faz com que as atividades poluentes desapareçam. Aliás, como vimos anteriormente, estes impostos permitem que o próprio operador económico escolha se pretende continuar com a atividade poluidora e suportar o imposto ou alterar alguns aspetos que reduzam as externalidades.

Esta circunstância permite que as receitas arrecadadas sejam bastante avultadas em alguns casos. Por sua vez, a sua afetação poderá servir vários propósitos. Conforme resulta do relatório, estas receitas poderão ser aplicadas diretamente na resolução de problemas ambientais, já que é em virtude dos danos que lhe são causados que estas são arrecadadas⁵⁶¹. Todavia, estabelecem-se outras possibilidades, na medida em que “they may be used to subsidise producers or consumers to shift to more environmentally-benign activities, providing a second incentive for environmental improvement; or they may be applied to other government purposes, allowing, for the same level of government expenditure, other taxes, for instance on labour, to be reduced”⁵⁶².

Ou seja, também a promoção de políticas sociais parece ser uma opção de interesse e a considerar na alocação das receitas obtidas por esta via.

É neste ponto, relacionado com a afetação da receita, que surgem mais questões, sendo que indagamos se, no ordenamento jurídico português, a parcela destinada à correção de danos ambientais e à preservação de ecossistemas é suficiente⁵⁶³.

Por exemplo, no que concerne com a contribuição sobre os sacos de plástico leves, o artigo 44.º da Lei n.º 82-D/2014, de 31 de dezembro, discrimina a percentagem de receita que é destinada a cada uma das entidades aí elencadas, sendo que, aos 75% destinados ao Estado, se juntam valores muito reduzidos quando falamos da fatia que cabe ao Fundo para a Conservação da Natureza e da Biodiversidade – somente 13,5% - ou para a Agência Portuguesa do Ambiente – 8,5%.

⁵⁶⁰ Cfr. AGÊNCIA EUROPEIA DO AMBIENTE, *Environmental Taxes: Implementation and Environmental Effectiveness*, *op. cit.*, p.18.

⁵⁶¹ Cfr. AGÊNCIA EUROPEIA DO AMBIENTE, *Environmental Taxes: Implementation and Environmental Effectiveness*, *op. cit.*, p. 19.

⁵⁶² Cfr. AGÊNCIA EUROPEIA DO AMBIENTE, *Environmental Taxes: Implementation and Environmental Effectiveness*, p. 19.

⁵⁶³ O peso da receita arrecadada com impostos deste tipo não é de desprezar. Aliás, segundo o Instituto Nacional de Estatística, as receitas obtidas a partir de impostos com relevância ambiental representaram, em 2019, 7,3% do total das receitas de impostos e contribuições sociais. Cfr. INE, *Impostos e Taxas com Relevância Ambiental*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=415615406&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt. [Consult. 15 fev. 2020].

As receitas a que nos referimos são obtidas por via de taxas ou impostos que visam, primeiramente, uma maior proteção da qualidade ambiental e, portanto, será de indagar se a parcela de receitas que têm por base um custo que foi imputado ao ambiente por força de certa atividade económica não deveria reverter em maior quantidade para a reparação do próprio dano. Quiçá, uma maior orientação da receita obtida pudesse trazer melhorias evidentes para o ambiente e, conseqüentemente, para a saúde humana.

Por fim, cumpre deixar uma nota final relativa à própria gestão e organização dos centros urbanos. Tendo em conta que a complexidade do tema nos obrigaria a invocar conceitos de outros ramos de Direito, nomeadamente de urbanismo, que extravasam o nosso estudo, enunciaremos apenas as linhas gerais deste tópico.

Desde logo, é importante perceber que promover uma boa qualidade do ambiente que nos rodeia não implica, necessariamente, retrocessos a nível económico. Falando nos grandes centros económicos, as cidades, há hoje uma grande pressão para que a dinâmica e a estrutura destas seja alterada de forma tal que permita, por um lado, proteger o ambiente e, por outro, possibilitar o crescimento económico⁵⁶⁴.

Devido ao facto de se ter registado um crescimento acelerado da concentração populacional nestes centros urbanos, o planeamento cuidado que deveria estar na sua base foi, não raras vezes, descurado. Para além disso, a procura de soluções inovadoras para uma melhor organização e gestão das cidades não tem, no Estado português, a devida importância.

Para FERNANDO CONDESSO, o que resulta do texto constitucional como tarefa fundamental do Estado em matéria de ambiente ultrapassa a mera promoção do bem-estar e qualidade de vida, passando também por um correto ordenamento do território. Assim, para este autor, o direito do ordenamento do território e do urbanismo não poderá apartar-se totalmente, ainda que o objeto não deva ser confundido, da própria promoção de componentes ambientais. Citando o referido autor, a este respeito ele afirma que “o conceito de ordenamento do território apela a processos integrados de organização dos diferentes espaços biofísicos, com a finalidade do seu uso e transformação de modo a compatibilizar-se com as suas aptidões e vocações, sem colocar em causa a permanência dos valores de bem-estar biológico e de estabilidade geológica, em ordem a viabilizar a potenciação da respetiva capacidade de suporte de vida”⁵⁶⁵.

⁵⁶⁴ INGRID BELCAKOVA; MALGORZATA SWIADER; MALGORZATA BARTYNA-ZIELINSKA, The Green Infrastructure in Cities as A Tool for Climate Change Adaptation and Mitigation: Slovakian and Polish Experiences, *In Atmosphere*, Vol. 10, n.º 9, 2019, p. 3. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2073-4433/10/9/552>. [Consul. 3 dez. 2020].

⁵⁶⁵ FERNANDO CONDESSO, *Direito do ambiente: ambiente e território...*, op. cit., p. 18.

Portugal não tem níveis de urbanização tão elevados como a média europeia, contudo, estes aproximam-se cada vez mais⁵⁶⁶. Um último ponto que é pertinente referir a este respeito é que é precisamente nas cidades que encontramos a maioria dos problemas ambientais, já que é também nelas que mais se produz. Citando uma vez mais o autor referido *supra*, são elas “*focos e fontes de problemas ambientais*” e por isso, apela este autor para a necessidade de integrar a componente urbana nas políticas ambientais⁵⁶⁷.

⁵⁶⁶ FERNANDO CONDESSO, Direito do ambiente: ambiente e território..., *op. cit.*, p. 20.

⁵⁶⁷ FERNANDO CONDESSO, Direito do ambiente: ambiente e território..., *op. cit.*, p. 21.

CONCLUSÕES

Tendo já estabelecido como certa a necessidade de integrar considerações de pendor ambiental no momento da definição e implementação de Políticas Públicas de Saúde, neste capítulo final propusemos realizar um balanço sobre a forma como este entrecruzamento tem sido tratado no nosso ordenamento jurídico, invocando para isso alguns Planos que foram objeto de estudo em momentos anteriores desta dissertação.

Uma das principais falhas a este nível é precisamente a secundarização de políticas públicas que se foquem na prevenção, realidade esta facilmente compreendida quando se analisa a despesa pública associada à Promoção da Saúde em Portugal.

Historicamente, houve a tentativa de coadunar as fragilidades do sistema recorrendo sobretudo a alterações na rede de prestação de cuidados de saúde e nos modos de gestão e administração das entidades envolvidas neste processo.

Apesar de a Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, ter procurado dar resposta a alguns dos problemas sistémicos existentes, aumentando as referências à Prevenção da Doença e à participação dos cidadãos, do ponto de vista prático, há ainda um longo caminho a percorrer.

Servindo-nos do exemplo finlandês, pelo grau de eficácia conseguido com a implementação de Políticas Públicas de Saúde centradas num paradigma preventivo, tecemos algumas considerações acerca da sua abordagem intersectorial e integrada de saúde, o que culminou na construção de um modelo de saúde focado no papel ativo dos sujeitos e do poder local.

Conceitos como a autonomia local foram essenciais para que se pudesse assegurar a eficácia das medidas de prevenção. A distribuição de competências entre a autoridade central e o poder local privilegiou a proximidade destas segundas com as populações alvo, sendo que o próprio modelo de financiamento foi construído com base nos objetivos, nomeadamente sociais e ambientais, alcançados pelas instâncias de poder local no ano anterior.

Ao exposto acresce a criação de linhas de financiamento cujo objetivo é precisamente incrementar este ramo da Prevenção da Doença e Promoção da Saúde.

Por fim, apelamos ao conceito de fiscalidade verde, já introduzido em Portugal através da Lei n.º 82-D/2014, de 31 de dezembro, que veio alterar um conjunto de normas fiscais incorporando nelas determinadas ponderações ambientais.

O facto de termos dedicado algum tempo a este último tópico decorre da constatação de que as receitas arrecadadas com este tipo de tributação poderiam ter entre nós um melhor aproveitamento, servindo para corrigir determinados danos ambientais.

De facto, sendo elas receitas amealhadas com base em comportamentos nocivos ou desaconselháveis do ponto de vista ambiental, parece-nos lógico que grande parte dessa fatia contribuísse depois para tentar criar modos de preservação do ambiente ou reparação de danos.

CONCLUSÕES FINAIS

Uma parte substancial do Sistema de Saúde Português, constituída pelo Serviço Nacional de Saúde, é financiada sobretudo através das receitas obtidas pela recolha de impostos, distribuídas depois pelos decisores políticos através do Orçamento do Estado. Assim, quando falamos do SNS partindo de um ponto de vista financeiro, não podemos dissociar-nos da própria sustentabilidade das contas públicas.

Ora, atendendo ao facto de que a despesa pública com a saúde tem vindo a aumentar e que a sociedade é mais exigente a este nível – seja na frequência com que recorre aos cuidados de saúde, seja pelas condições e tratamentos que se pretendem cada vez mais especializados – cumpre refletir sobre as causas que levam a este aumento crescente de despesa pública, sob pena de o SNS se tornar completamente insustentável financeiramente.

Desde logo, a própria evolução social e demográfica da população portuguesa, caracterizada por uma baixa taxa de natalidade e por um aumento crescente da esperança média de vida, que culmina numa população bastante envelhecida, despoleta uma série de problemas na resposta do Sistema Nacional de Saúde. A par deste fator social, que está longe de ser o mais relevante, surgem outros relacionados sobretudo com a secundarização das políticas de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde.

Debruçando-nos sobre as respostas encontradas para corrigir este aspeto, percebemos que as principais alterações ocorreram sobretudo com o intuito de corrigir ineficiências verificadas na rede de prestação de cuidados, bem como na otimização dos modelos de gestão e administração, aproximando-os de modelos de gestão privada.

Contudo, os ganhos alcançados por estas modificações não foram expressivos o suficiente para que se pudesse afastar a necessidade de uma verdadeira reforma capaz de reduzir as ineficiências operacionais e, paralelamente, controlar o ritmo de crescimento da despesa a longo prazo.

Como advogamos ao longo do presente estudo, a chave para garantir a tão almejada sustentabilidade financeira a longo prazo passará por um reforço efetivo na vertente da Promoção da Saúde e Prevenção da Doença.

Assim, é imperioso integrar a visão estratégica da saúde em diversas áreas, assegurando que ponderações relacionadas com a proteção e Promoção da Saúde são tomadas em conta no momento da implementação e definição das políticas públicas. Esta é, aliás, uma posição que vai de encontro às

mais recentes orientações das organizações internacionais, orientações estas que a legislação europeia tem vindo a acompanhar.

Advogamos uma correta gestão estratégica dos Determinantes Sociais da Saúde, criando políticas que permitam a sua utilização em prol da Prevenção da Doença, o que obriga, desde logo, a olhar para a saúde de uma forma transversal, conectada com outras áreas de intervenção.

Neste contexto, abordamos os principais Determinantes Sociais da Saúde, analisando a sua maior ou menor valorização na legislação e na prossecução de políticas públicas a nível nacional. Constatamos que houve, nomeadamente na nova Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, uma maior referência a Determinantes como a educação ou a literacia, acompanhada de um reforço da necessidade de Promoção da Saúde. Ainda assim, a despesa pública com a vertente preventiva é baixa neste domínio, acarretando maiores gastos em fases posteriores, localizadas já numa ótica de tratamento da doença.

De entre os vários Determinantes Sociais da Saúde, constitui-se como objeto do nosso estudo o ambiente, ao qual foi, portanto, dado especial relevo, sem prejuízo da importância que revestem todos os outros. A ênfase atribuída à área ambiental justifica-se não só com o facto de ser uma temática atual, pertinente, crescentemente estudada, mas também porque é uma das áreas que mais se entrecruza com a qualidade de vida e saúde das comunidades. Para além disso, o ambiente tem a particularidade de ser um dos campos que levanta mais desafios futuros e sobre o qual há uma crescente mobilização e sensibilização social.

A forma como os decisores políticos e a própria comunidade decidem utilizar políticas e medidas ambientais em prol da Promoção da Saúde, tornando este campo um agente determinante nos resultados que são alcançados, não é, do ponto de vista internacional, uma ação pioneira. De facto, há países onde este tipo de abordagem estratégica está, quando comparada com a portuguesa, altamente desenvolvida, como é o caso da Finlândia. Em Portugal, há ainda um longo caminho a percorrer neste domínio, sendo crucial que se reflita mais seriamente sobre as potencialidades do controlo da qualidade ambiental enquanto instrumento de preservação da saúde da população portuguesa.

Em primeiro lugar, urge concretizar aquele que foi, desde o início, um dos princípios orientadores da política de saúde e da própria criação do SNS, a participação das comunidades e dos profissionais de saúde na definição, implementação, controlo e avaliação das políticas públicas adotadas.

No que concerne com os profissionais de saúde, as mais valias da sua participação são incontornáveis uma vez que, dado serem parte do Sistema de Saúde, revestem uma posição privilegiada no diagnóstico de problemas e ineficiências desse Sistema, avançando também com soluções. Já a participação da comunidade traz uma dupla vantagem, tornando mais pacífica a aceitação das medidas tomadas e, por outra banda, transformando esse papel ativo dos cidadãos numa tomada de consciência de que cada um é responsável pela preservação da sua própria saúde, podendo moldá-la através dos seus comportamentos.

Daí que tenhamos ressalvado o papel das Autarquias Locais, na medida em que é nelas que se corporiza o eixo fundamental de proximidade entre o poder político e as populações. Por possuírem dados acerca das características e das necessidades da comunidade sobre a qual atuam, poderão ter uma noção próxima das formas de atuação mais eficazes, contribuindo favoravelmente para a prossecução dos objetivos pretendidos. Destarte, dotadas de meios financeiros adequados, o seu papel enquanto sensibilizador e agente promotor de políticas de prevenção da saúde pode vir a ser fulcral.

Constatamos que houve já uma significativa transferência de competências na área da saúde para estas estruturas, nomeadamente por força da Lei n.º 50/2018, de 16 de agosto. Todavia, será necessário que esta transferência seja devidamente acompanhada, na prática, dos meios financeiros, materiais e humanos, para que dessa transferência possam realmente resultar mudanças visíveis.

Para além disso, denota-se que as competências em apreço focam-se sobretudo na rede de prestação de cuidados de saúde e na gestão de recursos humanos e materiais. Mais uma vez, o legislador foi vago quando disciplinou quais as competências transferidas no âmbito da Promoção da Saúde, relegando para segundo plano a atuação preventiva.

Ainda no que concerne às Autarquias Locais, levantamos até a hipótese de incorporar objetivos ambientais nos critérios de repartição dos recursos públicos entre elas e o Estado, ao invés dos critérios de aplicação mecânica constantes no Regime Financeiro das Autarquias Locais e Entidades Intermunicipais. Este incentivo à prossecução de objetivos ambientais, incorporando-os na ponderação e implementação de políticas locais, serviria como catalisador para a sensibilização dos decisores a nível local. Destarte, a aposta em medidas que melhorassem a qualidade ambiental e, conseqüentemente, a saúde humana, iria traduzir-se num benefício económico, por força de uma distribuição acrescida de recursos públicos.

A reformulação do conceito de saúde, com valorização dos Determinantes Sociais da Saúde, afigura-se como um caminho que é necessário trilhar. O enfoque do poder político-legislativo, no âmbito da saúde, tem sido o tratamento da doença. É premente proceder a uma avaliação da despesa pública afeta à Promoção da Saúde, valorizando o seu papel.

Neste ponto, apelamos à criação de linhas de financiamento próprias para a implementação de medidas de Promoção da Saúde. Este financiamento seria predominantemente assegurado pelas receitas recolhidas através de Impostos Especiais sobre o Consumo, que funcionariam como inibidores de determinados comportamentos prejudiciais para a saúde e, simultaneamente, por esta via que propomos, como promotores do financiamento de estratégias de Prevenção da Doença.

A discriminação que esta área tem sofrido traduz-se no fraco aproveitamento das suas grandes potencialidades. Uma forma de trazer esta realidade para o debate seria a criação de um departamento próprio para a área da Promoção da Saúde, que gerisse os fundos a ela destinados e decidisse em que vertentes apostar para uma otimização de resultados.

Recorremos também ao conceito de fiscalidade verde, no sentido de retirar o máximo proveito das normas fiscais como elementos inibidores de más condutas ambientais ou, pelo contrário, potenciadores de escolhas e comportamentos benéficos para o ambiente e saúde pública.

Estes impostos permitem incorporar no preço dos bens ou serviços em apreço os custos resultantes de externalidades – sendo que, sem prejuízo de haver externalidades positivas, aqui vamos centrar-nos nas negativas – associadas ao seu processo produtivo ou de distribuição. As externalidades são danos colaterais nefastos para o ambiente e para a saúde das comunidades. Esses danos traduzem-se num custo, sendo que este, por sua vez, não está na maior parte dos casos incorporado nos preços de mercado desses bens ou serviços. Ora, ao conferir valor a esse dano, incorporando-o no preço do bem ou serviço, criamos um incentivo para a mudança de comportamento do produtor e consumidor, na medida em que esta mudança passa a traduzir-se num ganho económico para ambos. Para o consumidor, porque tenderá a escolher produtos que, por não acarretarem efeitos indesejáveis para o ambiente, não são tão taxados, e para o produtor porque terá interesse em adotar, como forma de baixar o preço do produto, determinadas características ou processos produtivos mais inócuos para o ambiente.

Por outro lado, é um sistema que acaba por premiar a inovação e a transição para tecnologias e processos mais recentes e menos poluentes. Aliás, mais do que premiar, a utilização destes impostos

pode até induzir essas transições, estabelecendo benefícios e apoios para quem adquira uma tecnologia ou equipamento inovador e amigo do ambiente.

O ponto que mais se realçou quanto a esta fiscalidade verde foi a afetação da receita obtida por esta via. Essa receita resulta da pretensão de incorporação de custos ambientais no preço do bem ou serviço adquirido, ou seja, a existência de receita decorre da existência de danos ambientais.

Assim, se o objetivo é alcançar um maior nível de proteção ambiental, parece-nos acertado afetar uma percentagem relevante dessa receita a entidades cujas atribuições passem pela reparação de danos dessa natureza, bem como pela conservação ambiental e da biodiversidade.

Posto isto, constatamos que há uma multiplicidade de medidas e políticas públicas que podem ser implementadas ou, em alguns casos em que já o foram, aprimoradas, de forma a responder aos desafios com que hoje nos deparamos. Neste sentido, referimo-nos não só aos desafios colocados à sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde, mormente no que respeita ao SNS, como também às grandes questões ambientais a que temos de dar resposta no momento presente, que constituem um importante fim por si só.

Por tudo a que aludimos *supra*, consideramos evidente a relação entre ambiente e saúde, bem como as implicações que eventuais melhorias no primeiro despoletam a nível da saúde das populações. Deste modo, resta-nos acrescentar que, no atual quadro de políticas públicas de saúde em Portugal esta ligação não está tão evidente como seria desejável, faltando sobretudo vontade dos decisores políticos em promover uma articulação que vá de encontro à abordagem intersectorial da saúde que está já consagrada no nosso ordenamento jurídico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA PORTUGUESA DO AMBIENTE; TERRA, *Guia Agenda 21 Local, Um desafio para todos*. Amadora: Agência Portuguesa do Ambiente, 2007. ISBN: 978-972-8577-37-7.

ALEXANDRINO, José; REBELO DE SOUSA, Marcelo, *Constituição da República Portuguesa Comentada*. 1ª edição. Lisboa: Lex, 2000. ISBN:978-972-94-9591-5.

ALMEIDA, Mário Aroso de, Parcerias Público-Privadas: a experiência portuguesa. In *Revista Direito e Justiça*. ISSN: 0871-0336. Volume Especial [Separata], 2005, p. 175-190.

AMADO GOMES, Carla, *Direito Internacional do Ambiente: Uma Abordagem Temática*. 1ª edição. Lisboa: AAFDL, 2018. ISBN: 978-972-62-9231-9.

AMADO GOMES, Carla, *Introdução ao Direito do Ambiente*. 4ª edição. Lisboa: AAFDL, 2018. ISBN: 978-972-629-264-7.

AMADOR, Olívio; CABRAL; Nazaré; MARTINS; Guilherme, *A Reforma do Sector da Saúde: Uma Realidade Iminente?* 1.ª edição. Coimbra: Almedina, 2010. ISBN: 978-972-40-4104-9.

ANTÓNIO, Isa, *As Parcerias Público-Privadas no Sector da Saúde: O Advento do Estado Mínimo de Regulação e o Direito de Acesso à Saúde*. 1ª edição. Coimbra: Almedina, 2015. ISBN: 978-972-40-6152-8.

ANTÓNIO, Isa, *Direito à Saúde: Dilemas Atuais*. 1ª edição. Curitiba: Juruá Editora, 2017. ISBN: 978-989-71-2414-3.

ANTUNES, Maria da Luz – A literacia em saúde: Investimento na Promoção da Saúde e na racionalização de custos. As bibliotecas da saúde, que futuro? Actas das XI Jornadas APDIS, 27 e 28 de março de 2014. Lisboa: APDIS; 2014. p. 123-133.

ARAÚJO, Rita; et al., *Saúde, Sociedade, Cultura e Comunicação. A Saúde em Notícia: repensando práticas de comunicação*, 1ª edição. Braga: Universidade do Minho: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, 2013. ISBN: 978-989-8600-15-8.

ARNAUT, António; SEMEDO, João, *Salvar o SNS: Uma Nova Lei de Bases da Saúde para Defender a Democracia*, 1ª edição. Porto: Porto Editora, 2018. ISBN: 978-972-00-6381-6.

BAETEN, Rita; MCKEE, Martin; MOSSIALOS, Elias, *The impact of EU law on health care systems*. 1º edição. Bruxelas: P.I.E. Peter Lang, 2002. ISBN: 90-5201-106-0.

BARBOSA, Carla; LOUREIRO, João; PEREIRA, André, *Direito da Saúde: Estudos em homenagem ao Prof. Doutor Guilherme de Oliveira*. Vol. I. 1ª edição. Coimbra: Almedina, 2016. ISBN: 978-972-40-6534-2.

BARBOSA, Carla; LOUREIRO, João; PEREIRA, André, *Direito da Saúde: Estudos em homenagem ao Prof. Doutor Guilherme de Oliveira*. Vol. V. 1ª edição. Coimbra: Almedina, 2016. ISBN: 978-972-40-6603-5.

BARROS, Pedro Pita, *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*. 4ª edição. Coimbra: Almedina, 2019. ISBN: 978-972-40-7571-6.

BARROS, Pedro Pita, *Pela Sua Saúde*. 1ª edição. Lisboa:FFMS, 2013. ISBN: 978-989-8424-78-5.

CAMPOS, António Correia de; SIMÕES, Jorge, *40 Anos de Abril na Saúde*. 1ª edição. Coimbra: Almedina, 2014. ISBN: 978-972-40-5651-7.

CANOTILHO, José; MOREIRA, Vital, *Constituição da República Portuguesa Anotada*. Vol I. 4º edição revista. Coimbra: Coimbra Editora, 2007. ISBN: 978-972-32-1462-8.

CONDESSO, Fernando, *Direito do ambiente: ambiente e território. Urbanismo e reabilitação urbana*. 3º edição. Coimbra: Almedina, 2018. ISBN: 978-972-40-7467-2.

CONDESSO, Fernando, *Direito do Ambiente: Normas, doutrina e jurisprudência*. Questões atuais. 1ª edição. Coimbra: Almedina, 2014. ISBN: 978-972-40-5652-4.

CRISP, Lord, *Um futuro para a saúde: Todos temos um papel a desempenhar*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2014. ISBN 978-989-8380-18-0.

D'ALTE, Sofia, *A nova configuração do sector empresarial do Estado e a empresarialização dos serviços públicos*. 1ª edição. Coimbra: Almedina, 2007. ISBN: 978-972-40-3054-8.

ESTORNINHO, Maria; MACIEIRINHA, Tiago, *Direito da Saúde*. 1º edição. Lisboa: Universidade Católica Lisboa, 2014. ISBN: 978-972-54-0403-4.

ESTORNINHO, Maria, *Organização Administrativa da Saúde*. 1ª edição. Coimbra: Almedina, 2009. ISBN: 978-972-40-3546-8.

GOMES CANOTILHO, José, *Estudos sobre direitos fundamentais*. 2º edição. Coimbra: Coimbra Editora, 2008. ISBN: 978-972-32-1593-9.

HERVEY, Tamara K.; MCHALE, Jean V., *Health Law and the European Union*. 1º edição. Reino Unido: Cambridge University Press, 2004. ISBN: 0 521 60524 5.

LOUREIRO, Isabel; MIRANDA, Natércia, *Promover a Saúde: Dos Fundamentos à Ação*. 3ª edição. Coimbra: Almedina, 2018. ISBN: 978-972-40-7697-3.

MOREIRA, Vital - A Nova Entidade Reguladora da Saúde em Portugal. Revista de Direito Público da Economia – RDPE, Belo Horizonte, ano 2, n.º 5, 2004.

MOREIRA, Vital, *Estudos de Regulação Pública*. Vol. I. 1ª edição. Coimbra: Coimbra Editora, 2004. ISBN: 972-32-1230-7.

NOGUEIRO, Luís, *Práticas de Gestão Ambiental na Administração Pública*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: FCT – UNL, 2008.

NOVAIS, Jorge, *Direitos sociais: Teoria Jurídica dos direitos sociais enquanto direito fundamentais*. 1ª edição. Coimbra: Coimbra editora, 2010. ISBN: 978-972-32-1805-3.

NUNES, Rui, *Regulação da Saúde*. 3ª edição. Porto: Vida Económica, 2014. ISBN: 978-989-76-8068-7.

OTERO, Paulo, *Vinculação e Liberdade de Conformação Jurídica do Sector Empresarial do Estado*. 1ª edição. Coimbra: Coimbra Editora, 1998. ISBN: 972-32-0808-3.

SILVA, Denise, *Direito à Saúde: Ativismo Judicial, Políticas Públicas e Reserva do Possível*. 1ª edição. Curitiba: Juruá Editora, 2015. ISBN: 978-85-362-5206-3.

SOUSA, Paulino, O Sistema de Saúde em Portugal: realizações e desafios. *In Acta Paulista de Enfermagem*. ISSN-0103-2100. Vol. 22, n.º 1, 2009, p. 884-894.

SOUSA FRANCO, António, *Finanças do Sector Público: Introdução aos Subsectores Institucionais*. 1ª edição. Lisboa: AAFDL, 2003. ISBN: 972-100-70-0503-4.

ENDEREÇOS ELETRÓNICOS:

AGÊNCIA PORTUGUESA DO AMBIENTE, Acordo de Paris. Lisboa: APA, disponível no site <https://apambiente.pt/index.php?ref=16&subref=81&sub2ref=1367>, consultado no dia 7 set. 2020.

AGÊNCIA PORTUGUESA DO AMBIENTE, AEA. Lisboa: APA, disponível no site <https://apambiente.pt/index.php?ref=19&subref=363&sub2ref=365>, consultado no dia 27 agosto 2020.

AGÊNCIA PORTUGUESA DO AMBIENTE, Água. Lisboa: APA, disponível no site <https://apambiente.pt/index.php?ref=16&subref=7>, consultado no dia 10 out. 2020.

AGÊNCIA EUROPEIA DO AMBIENTE, Environmental Taxes: Implementation and Environmental Effectiveness. Copenhaga: AEA, 1996, disponível no site: <https://www.eea.europa.eu/publications/92-9167-000-6>. ISBN: 92-9167-000-6, consultado no dia 31 nov. 2020.

AGÊNCIA PORTUGUESA DO AMBIENTE, Passivos Ambientais Industriais. Lisboa: APA, disponível no site <https://www.apambiente.pt/index.php?ref=16&subref=84&sub2ref=1358>, consultado no dia 30 out. 2020.

AGÊNCIA PORTUGUESA DO AMBIENTE, Resposta para artigo de Saúde Ambiental. Lisboa: APA, disponível no site <https://docplayer.com.br/16098052-Respostas-para-artigo-de-saude-ambiental-jornal-agua-ambiente.html>, consultado no dia 15 fev. 2020.

AGÊNCIA PORTUGUESA DO AMBIENTE, SIDS Portugal. Lisboa: APA, disponível no site <https://www.apambiente.pt/index.php?ref=19&subref=139&sub2ref=503&sub3ref=513>, consultado no dia 7 set. 2020.

AGÊNCIA PORTUGUESA DO AMBIENTE, Sistema de Indicadores de Desenvolvimento Sustentável (SIDS). Lisboa: APA, disponível no site <https://apambiente.pt/index.php?ref=19&subref=139&sub2ref=503>, consultado no dia 6 set. 2020.

AGÊNCIA EUROPEIA DO AMBIENTE, Sobre a EIONET. Copenhaga: Equipa web EEA, disponível no site <https://www.eea.europa.eu/pt/about-us/countries-and-eionet>, consultado no dia 25 ago. 2020.

AGÊNCIA EUROPEIA DO AMBIENTE, Indicators. Copenhaga: Equipa web EEA, disponível no site https://www.eea.europa.eu/data-and-maps/indicators/#c0=30&c12-operator=or&b_start=0, consultado no dia 6 set. 2020.

ANTÓNIO, Isa, Das Parcerias Público-Privadas no Sector da Saúde: Análise e reflexão sobre alguns aspectos Económico-Financeiros. In *Revista Electrónica de Direito*. N.º 2, 2014, p.1-35, disponível no site: <https://blook.pt/publications/publication/8b297342666b/>. ISSN: 2182-9845, consultado no dia 29 dez. 2019.

ANTÓNIO, Isa, Os Cuidados de Saúde Transfronteiriços: Problemática em torno do Erro Médico. In *UNIO – EU Law Journal*. Vol. 2, n.º 2, 2016, p.171-182, disponível no site: http://www.unio.cedu.direito.uminho.pt/Uploads/UNIO%20-%20Pt/Isa_Antonio_PT.pdf. ISSN: 2183-3435, consultado no dia 5 fev. 2020.

BARTYNA-ZIELINSKA, Malgorzata; BELCAKOVA, Ingrid; SWIADER, Malgorzata, The Green Infrastructure in Cities as A Tool for Climate Change Adaptation and Mitigation: Slovakian and Polish Experiences. In *Atmosphere*. Vol. 10, n.º 9, 2019, p. 1-23, disponível no site: <https://www.mdpi.com/2073-4433/10/9/552>, consultado no dia 3 dez. 2020.

CARVALHO, Maria, E.Tec Yearbook- Health Law and Technology. Braga: Jusgov/ETec, 2019. Disponível no site: <https://drive.google.com/file/d/1iPMUYGCTJvWsFuNfMgQh48BQwKI2g4uD/view>, consultado no dia 20 dez. 2019. ISSN: 2184-707x.

CARVALHO, Maria, Política de Saúde e de Cuidados Continuados Integrados em Portugal: O Planeamento da Alta em Serviço Social. In *Revista Katálysis*. Vol. 17, n.º 2, 2014, p.261-271, disponível no site: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802014000200261. ISSN: 1982-0259, consultado no dia 8 jul. 2020.

CASIMIRO, Elsa; CALHEIROS, José Manuel, Human Health. Climate Change in Portugal – SIAM Scenarios – Impacts and Adaptation Measures, disponível no site https://www.researchgate.net/publication/259061403_Alteracoes_climaticas_em_Portugal_Cenarios_Impactes_e_Medidas_de_Adaptacao_-_Projecto_SIAM, consultado no dia 12 mai. 2020.

COMISSÃO EUROPEIA, Eurobarómetro 69. Bruxelas: Comissão Europeia, disponível no dia https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/eb/eb69/eb69_pt_nat.pdf, consultado no dia 5 set. 2020.

COMMUNICATION FROM THE COMMISSION (COM (2001) 264 final), A Sustainable Europe for a Better World: A European Union Strategy for Sustainable Development, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2001:0264:FIN:EN:PDF>, consultado no dia 16 ago. 2020.

COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE EUROPEAN PARLIAMENT, THE COUNCIL, THE EUROPEAN ECONOMIC AND SOCIAL COMMITTEE AND THE COMMITTEE OF THE REGIONS (COM (2009) 400 final), Mainstreaming sustainable development into EU policies: 2009 Review of the European Union Strategy for Sustainable Development, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2009:0400:FIN:EN:PDF>, consultado no dia 4 jul. 2020.

COMMUNICATION FROM THE COMMISSION (COM(2006) 177), Implementing the Community Lisbon programme: Social services of general interest in the European Union, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0177:FIN:EN:PDF>, consultado no dia 16 ago. 2020.

lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0177:FIN:EN:PDF, consultado no dia 7 nov. 2020.

COMMUNICATION FROM THE COMMISSION TO THE EUROPEAN PARLIAMENT, THE COUNCIL, THE EUROPEAN ECONOMIC AND SOCIAL COMMITTEE AND THE COMMITTEE OF THE REGIONS (COM (2006) 122), Annual Policy Strategy for 2007 - Boosting trust through action, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32006L0122&from=DE>, consultado no dia 13 dez. 2020.

COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO AO PARLAMENTO EUROPEU, AO CONSELHO, AO COMITÉ ECONÓMICO E SOCIAL EUROPEU E AO COMITÉ DAS REGIÕES (COM(2015) 192 final), Estratégia para o Mercado Único Digital na Europa, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52015DC0192&from=NL>, consultado no dia 5 jan. 2020.

COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO (COM(2012) 433 final), Estratégia para a competitividade sustentável do setor da construção e das suas empresas, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012DC0433&from=EL>, consultado no dia 23 ago. 2020.

COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO AO PARLAMENTO EUROPEU, AO CONSELHO, AO COMITÉ ECONÓMICO E SOCIAL EUROPEU E AO COMITÉ DAS REGIÕES (COM (2016) 739 final), Próximas Etapas para um Futuro Europeu Sustentável, disponível no site <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2016/PT/COM-2016-739-F1-PT-MAIN.PDF>, consultado no dia 6 set. 2020.

COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO AO PARLAMENTO EUROPEU, AO CONSELHO, AO COMITÉ ECONÓMICO E SOCIAL EUROPEU E AO COMITÉ DAS REGIÕES (COM(2016) 500 final), Acelerar a transição da Europa para uma economia hipocarbónica, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52016DC0500&from=en>, consultado no dia 11 set. 2020.

COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO AO PARLAMENTO EUROPEU, AO CONSELHO, AO COMITÉ ECONÓMICO E SOCIAL EUROPEU E AO COMITÉ DAS REGIÕES (COM(2018) 28 final), Uma Estratégia Europeia para os Plásticos na Economia Circular, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/pt/TXT/?uri=CELEX%3A52018DC0028>, consultado no dia 17 set. 2020.

COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO AO PARLAMENTO EUROPEU, AO CONSELHO, AO COMITÉ ECONÓMICO E SOCIAL EUROPEU E AO COMITÉ DAS REGIÕES (COM (2013) 918 final), Um Programa Ar Limpo para a Europa, disponível no site <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2013/PT/1-2013-918-PT-F1-1.Pdf>, consultado no dia 25 set. 2020.

COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO AO PARLAMENTO EUROPEU, AO CONSELHO, AO COMITÉ ECONÓMICO E SOCIAL EUROPEU E AO COMITÉ DAS REGIÕES (COM (2015) 192 final): Estratégia para o Mercado Único Digital na Europa, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52015DC0192&from=NL>, consultado no dia 18 abr. 2020.

COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO AO PARLAMENTO EUROPEU, AO CONSELHO, AO COMITÉ ECONÓMICO E SOCIAL EUROPEU E AO COMITÉ DAS REGIÕES (COM (2016) 179 final), Plano De Ação Europeu (2016-2020) Para A Administração Pública Em Linha Acelerar A Transformação Digital Da Administração Pública, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52016DC0179&from=pl>, consultado no dia 15 ago. 2020.

COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO (COM(2001)264 final), Desenvolvimento sustentável na Europa para um mundo melhor: Estratégia da União Europeia em favor do desenvolvimento sustentável, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52001DC0264&from=EN>, consultado no dia 29 ago. 2020.

COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO AO CONSELHO E AO PARLAMENTO EUROPEU (COM (2009) 433 final), O PIB e mais além : medir o progresso num mundo em mudança, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=CELEX:52009DC0433&from=EN>, consultado no dia 2 fev. 2020.

COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO (COM 2014/C 200/01), Orientações relativas a auxílios estatais à proteção ambiental e à energia 2014-2020, disponível no site [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014XC0628\(01\)&from=EL](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014XC0628(01)&from=EL), consultado no dia 6 de mar. 2020.

CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA (10117/06), de 9 de junho de 2006, disponível no site <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST%2010117%202006%20INIT/PT/pdf>, consultado no dia 4 set. 2020.

DANTAS, Deyse; FARIAS, Robson, Clair Patterson e o Chumbo Tetraetila. *In História da Química*. Vol. 10, n.º 1, 2015, p. 91-94, disponível no site: https://www.researchgate.net/publication/291334307_Clair_Patterson_e_o_chumbo_tetraetila, consultado no dia 15 fev. 2020.

DECRETO-LEI N.º 157/99, DE 10 DE MAIO, *Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde*, disponível no site <https://dre.pt/home/-/dre/331179/details/maximized>, consultado no dia 11 nov. 2019.

DECRETO-LEI N.º 286/99, DE 27 DE JULHO, *Estabelece a organização dos serviços de saúde pública*, disponível no site <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/352956/details/maximized>, consultado no dia 13 dez. 2019.

DECRETO-LEI N.º 222/2007, DE 29 DE MAIO, *Aprova a orgânica das Administrações Regionais de Saúde, I. P.*, disponível no site <https://dre.pt/pesquisa/-/search/638525/details/maximized>, consultado no dia 17 nov. 2019.

DECRETO-LEI N.º 18/2017, DE 10 DE FEVEREIRO, *Regula o Regime Jurídico e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde com a natureza de Entidades Públicas Empresariais, bem como as integradas no Setor Público Administrativo*, disponível no site <https://dre.pt/home/-/dre/106434234/details/maximized>, consultado no dia 23 nov. 2019.

DECRETO-LEI N.º 44/2018, DE 18 DE JUNHO, *Procede à constituição do Centro Hospitalar do Oeste, E. P. E.*, disponível no site <https://dre.pt/home/-/dre/115524263/details/maximized>, consultado no dia 2 dez. 2019.

DECRETO-LEI N.º 75/2019, DE 30 DE MAIO, *Procede à constituição do Hospital de Braga, E. P. E.*, <https://dre.pt/home/-/dre/122446605/details/maximized>, consultado no dia 18 fev. 2020.

DECRETO-LEI N.º 111/2012, DE 23 DE MAIO, *Disciplina a intervenção do Estado na definição, conceção, preparação, concurso, adjudicação, alteração, fiscalização e acompanhamento global das parcerias público-privadas e cria a Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos*, disponível no site <https://dre.pt/pesquisa/-/search/177863/details/maximized>, consultado no dia 11 fev. 2020.

DECRETO-LEI N.º 72/91, DE 8 DE FEVEREIRO, *Regula a autorização de introdução no mercado, o fabrico, a comercialização e a comparticipação de medicamentos de uso humano, disponível*, disponível no site <https://dre.pt/pesquisa/-/search/478253/details/maximized>, consultado no dia 15 abr. 2020.

DECRETO-LEI N.º 176/2006, DE 30 DE AGOSTO, *Estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano, transpondo a Directiva n.º 2001/83/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 6 de Novembro, que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano, bem como as Directivas n.os 2002/98/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de Janeiro, 2003/63/CE, da Comissão, de 25 de Junho, e 2004/24/CE e 2004/27/CE, ambas do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março, e altera o Decreto-Lei n.º 495/99, de 18 de Novembro*, disponível no site <https://dre.pt/pesquisa/-/search/540387/details/maximized>, consultado no dia 23 mai. 2020.

DECRETO-LEI N.º 128/2013, DE 5 DE SETEMBRO, *Procede à oitava alteração ao Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, que estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano, à quarta alteração ao Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, que estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina, e à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 20/2013, de 14 de fevereiro, transpondo as Diretivas n.os 2009/35/CE, de 23 de abril de 2009, 2011/62/UE, de 8 de junho de 2011, e 2012/26/UE, de 25 de outubro de 2012*, disponível no site <https://dre.pt/pesquisa/-/search/499269/details/maximized>, consultado no dia 15 mai. 2020.

DECRETO-LEI N.º 413/71, DE 27 DE SETEMBRO, *Promulga a Organização do Ministério da Saúde e Assistência - Revoga determinadas disposições legislativas*, disponível no site <https://dre.pt/pesquisa/-/search/632738/details/maximized>, consultado no dia 3 mai. 2020.

DECRETO-LEI N.º 185/2002, DE 20 DE AGOSTO, *Define o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados*, disponível no site <https://dre.pt/home/-/dre/171692/details/maximized>, consultado no dia 4 jun. 2020.

DECRETO-LEI N.º 28/2008, DE 22 DE FEVEREIRO, *Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde*, disponível no site <https://dre.pt/pesquisa/-/search/247675/details/maximized>, consultado no dia 20 ago. 2020.

DECRETO-LEI N.º 298/2007, DE 22 DE AGOSTO, *Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das Unidades de Saúde Familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B*, disponível no site <https://dre.pt/pesquisa/-/search/640665/details/maximized>, consultado no dia 17 nov. 2020.

DECRETO-LEI N.º 113/2011, DE 29 DE NOVEMBRO, *Regula o acesso às prestações do Serviço Nacional de Saúde por parte dos utentes no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios*, disponível no site <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/146061/details/maximized>, consultado no dia 2 jul. 2020.

DECRETO-LEI N.º 101/2006, DE 6 DE JUNHO, *Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*, disponível no site <https://dre.pt/pesquisa/-/search/353934/details/maximized>, consultado no dia 6 jul. 2020.

DECRETO-LEI N.º 152-D/2017, DE 11 DE DEZEMBRO, *Unifica o regime da gestão de fluxos específicos de resíduos sujeitos ao princípio da responsabilidade alargada do produtor, transpondo as Diretivas n.os 2015/720/UE, 2016/774/UE e 2017/2096/UE*, disponível no site <https://dre.pt/home/-/dre/114337042/details/maximized>, consultado no dia 6 set. 2020.

DECRETO-LEI N.º 102/2010, DE 23 DE SETEMBRO, *Estabelece o regime da avaliação e gestão da qualidade do ar ambiente, transpondo a Directiva n.º 2008/50/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 21 de Maio, e a Directiva n.º 2004/107/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de Dezembro*, disponível no site <https://dre.pt/home/-/dre/342123/details/maximized>, consultado no dia 9 set. 2020.

DECRETO-LEI N.º 156/99, DE 10 DE MAIO, *Estabelece o regime dos sistemas locais de saúde*, disponível no site <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/331072/details/normal?!=1>, consultado no dia 12 ago. 2020.

DECRETO-LEI N.º 309/2003, DE 10 DE DEZEMBRO, *Cria a Entidade Reguladora da Saúde*, disponível no site <https://dre.pt/pesquisa/-/search/429408/details/maximized>, consultado no dia 19 mai. 2020.

DECRETO-LEI N.º 48357, DE 27 DE ABRIL, *Promulga o Estatuto Hospitalar*, disponível no site <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/274639/details/maximized>, consultado no dia 21 out. 2020.

DECRETO-LEI N.º 124/2011, DE 29 DE DEZEMBRO, *Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde*, disponível no site <https://dre.pt/pesquisa/-/search/145186/details/maximized>, consultado no dia 21 out. 2020.

DECRETO-LEI N.º 86/2003, DE 26 DE ABRIL, *Define normas especiais aplicáveis às parcerias público-privadas*, disponível no site <https://dre.pt/pesquisa/-/search/240646/details/maximized>, consultado no dia 23 out. 2020.

DECRETO-LEI N.º 141/2006, DE 27 DE JULHO, *Primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril, revendo o regime jurídico aplicável à intervenção do Estado na definição, concepção, preparação, concurso, adjudicação, alteração, fiscalização e acompanhamento global de parcerias público-privadas*, disponível no site <https://dre.pt/pesquisa/-/search/539230/details/maximized>, consultado no dia 6 ago. 2020.

DECRETO-LEI N.º 111/2012, DE 23 DE MAIO, *Disciplina a intervenção do Estado na definição, concepção, preparação, concurso, adjudicação, alteração, fiscalização e acompanhamento global das parcerias público-privadas e cria a Unidade Técnica de Acompanhamento de Projetos*, disponível no site <https://dre.pt/pesquisa/-/search/177863/details/maximized>, consultado no dia 25 nov. 2019.

DECRETO-LEI N.º 84/2019, DE 28 DE JUNHO, *Estabelece as normas de execução do Orçamento do Estado para 2019*, disponível no site <https://dre.pt/home/-/dre/122747583/details/maximized>, consultado no dia 3 mar. 2020.

DECRETO-LEI N.º 101/2015, DE 4 DE JUNHO, *Estabelece os termos e as condições da atribuição de incentivos à mobilidade geográfica para zonas carenciadas de trabalhadores médicos com contrato de trabalho por tempo indeterminado, ou a contratar, mediante vínculo de emprego público ou privado, com serviço ou estabelecimento integrado no Serviço Nacional de Saúde*, disponível no site https://dre.pt/home/-/dre/67401245/details/maximized?p_auth=v6YiRNJ2, consultado no dia 2 ago. 2020.

DECRETO-LEI N.º 15/2017, DE 27 DE JANEIRO, *Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2015, de 4 de junho, que estabelece os termos e as condições da atribuição de incentivos à mobilidade geográfica para zonas carenciadas de trabalhadores médicos com contrato de trabalho por tempo indeterminado, ou a contratar, mediante vínculo de emprego público ou privado, com serviço ou estabelecimento integrado no Serviço Nacional de Saúde*, disponível no site <https://dre.pt/home/-/dre/105820580/details/maximized>, consultado no dia 20 set. 2020.

DECRETO-LEI N.º 60/2003, DE 1 DE ABRIL, *Cria a rede de cuidados de saúde primários*, disponível no site <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/232365/details/maximized?perPage=100&q=Lei+n.%C2%BA+10%2F97>, consultado no dia 5 out. 2020.

DECRETO-LEI N.º 253/2012, DE 27 DE NOVEMBRO, *Procede à quarta alteração ao Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, relativo à criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, no que respeita ao critério geodemográfico da sua implantação, à designação dos diretores executivos e à composição dos conselhos clínicos e de saúde*, disponível no site <https://dre.pt/pesquisa/-/search/191138/details/maximized>, consultado no dia 8 nov. 2020.

DECRETO-LEI N.º 43/2015, DE 27 DE MARÇO, *Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 102/2010, de 23 de setembro, que estabelece o regime da avaliação e gestão da qualidade do ar ambiente, transpondo as Diretivas n.os 2008/50/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 21 de maio, e 2004/107/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de dezembro*, disponível no site <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66863795/details/maximized>, consultado no dia 13 out. 2020.

DESPACHO MINISTERIAL, DE 20 DE JULHO DE 1978, disponível no dia <https://sns-arnaut.pt/sns/despacho-arnaut/>, consultado no dia 23 set. 2019.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE; INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION, *Portugal: The Nations Health 1990–2016: An overview of the Global Burden of Disease Study 2016 Results*. Seattle: IHME, 2018, disponível no site: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2018/PolicyReport_GBD-Portugal_2018.pdf. ISBN: 978-0-9976462-3-8, consultado no dia 15 fev. 2020.

DIRETIVA 65/65/CEE DO CONSELHO, DE 26 DE JANEIRO, *relativa à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas, respeitantes às especialidades farmacêuticas*, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A31965L0065>, consultado no dia 3 out. 2019.

DIRETIVA 75/319/CEE DO CONSELHO, DE 20 DE MAIO, *relativa à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas respeitantes às especialidades farmacêuticas*, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/ALL/?uri=CELEX%3A31975L0319>, consultado no dia 10 out. 2019.

DIRETIVA 2001/83/CE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO, DE 6 DE NOVEMBRO DE 2001, *que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano*, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=celex:32001L0083>, consultado no dia 13 out. 2019.

DIRETIVA 2011/24/UE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO, DE 9 DE MARÇO DE 2011, *relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços*, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=celex%3A32011L0024>, consultado no dia 22 out. 2019.

DIRETIVA DE EXECUÇÃO 2012/52/UE DA COMISSÃO, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2012, *que estabelece medidas para facilitar o reconhecimento de receitas médicas emitidas noutro Estado-Membro Texto relevante para efeitos do EEE*, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A32012L0052>, consultado no dia 10 nov. 2019.

DIRETIVA (UE) 2019/904 DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO, DE 5 DE JUNHO DE 2019, *relativa à redução do impacto de determinados produtos de plástico no ambiente*, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/pt/TXT/?uri=CELEX:32019L0904>, consultado no dia 2 dez. 2019.

DIRETIVA 2004/107/CE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2004, *relativa ao arsénio, ao cádmio, ao mercúrio, ao níquel e aos hidrocarbonetos aromáticos policíclicos no ar ambiente*, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:023:0003:0016:PT:PDF>, consultado no dia 20 fev. 2020.

DIRETIVA 2008/50/CE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO, DE 21 DE MAIO DE 2008, *relativa à qualidade do ar ambiente e a um ar mais limpo na Europa*, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX:32008L0050>, consultado no dia 15 mai. 2020.

DIRETIVA 2000/60/CE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO, DE 23 DE OUTUBRO DE 2000, *que estabelece um quadro de acção comunitária no domínio da política da água*, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A32000L0060>, consultado no dia 17 ago. 2020.

DIRETIVA 2002/58/CE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO, DE 12 DE JULHO DE 2002, *relativa ao tratamento de dados pessoais e à protecção da privacidade no sector das comunicações electrónicas*, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=celex%3A32002L0058>, consultado no dia 4 fev. 2020.

DIRETIVA 2006/123/CE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2006, *relativa aos serviços no mercado interno*, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX:32006L0123>, consultado no dia 12 mar. 2020.

DIRETIVA 87/21/CEE DO CONSELHO DE 22 DE DEZEMBRO DE 1986, *que altera a Diretiva 65/65/CEE relativa à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas respeitantes às especialidades farmacêuticas*, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A31987L0021>, consultado no dia 3 out. 2020.

DIRETIVA 83/570/CEE DO CONSELHO, DE 26 DE OUTUBRO DE 1983, *que altera as Diretivas 65/65CEE, 75/318/CEE e 75/319/CEE relativas à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas respeitantes às especialidades farmacêuticas*, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/ALL/?uri=CELEX:31983L0570>, consultado no dia 3 out. 2020.

DIRETIVA 87/22/CEE DO CONSELHO, DE 22 DE DEZEMBRO DE 1986, *relativa à aproximação das medidas nacionais respeitantes à colocação no mercado dos medicamentos de alta tecnologia, nomeadamente dos resultantes da biotecnologia*, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A31987L0022>, consultado 5 mai. 2020.

DIRETIVA 89/341/CEE DO CONSELHO, DE 3 DE MAIO DE 1989, *que altera as Diretivas 65/65/CEE, 75/318/CEE e 75/319/CEE relativas à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas, respeitantes às especialidades farmacêuticas*, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A31989L0341>, consultado no dia 27 jul. 2020.

DIRETIVA 89/342/CEE DO CONSELHO, DE 3 DE MAIO DE 1989, *que alarga o âmbito de aplicação das Diretivas 65/65/CEE e 75/319/CEE e que estabelecem disposições complementares para os medicamentos imunológicos que consistam em vacinas, toxinas ou soros e alergénios*, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX:31989L0342>, consultado no dia 23 jul. 2020.

DIRETIVA 89/343/CEE DO CONSELHO, DE 3 DE MAIO DE 1989, *que amplia o âmbito de aplicação das Diretivas 65/65/CEE e 75/319/CEE e prevê disposições complementares para os medicamentos radiofarmacêuticos*, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A31989L0343>, consultado no dia 10 jul. 2020.

DIRETIVA 89/341/CEE DO CONSELHO DE 3 DE MAIO DE 1989, *que altera as Diretivas 65/65/CEE, 75/318/CEE e 75/319/CEE relativas à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas, respeitantes às especialidades farmacêuticas*, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX:31989L0341>, consultado no dia 30 abr. 2020.

DIRETIVA 89/105/CEE DO CONSELHO, DE 21 DE DEZEMBRO DE 1988, *relativa à transparência das medidas que regulamentam a formação do preço das especialidades farmacêuticas para uso humano e a sua inclusão nos sistemas nacionais de seguro de saúde*, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/ALL/?uri=CELEX:31989L0105>, consultado no dia 8 dez. 2020.

DIRETIVA 2011/62/UE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO, DE 8 DE JUNHO DE 2011, *que altera a Diretiva 2001/83/CE que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano, para impedir a introdução na cadeia de abastecimento legal, de medicamentos falsificados*, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A2011L0062>, consultado no dia 9 fev. 2020.

DIRETIVA 2012/26/UE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO, DE 25 DE OUTUBRO DE 2012, *que altera a Diretiva 2001/83/CE no que diz respeito à farmacovigilância*, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32012L0026&from=LV>, consultado no dia 15 nov. 2019.

DIRETIVA 2009/147/CE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO, DE 30 DE NOVEMBRO DE 2009, *relativa à conservação das aves selvagens*, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=celex%3A32009L0147>, consultado no dia 25 nov. 2020.

DIRETIVA 92/43/CEE DO CONSELHO, DE 21 DE MAIO DE 1992, *relativa à preservação dos habitats naturais e da fauna e da flora selvagens*, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A31992L0043>, consultado 25 nov. 2020.

DIRETIVA 94/62/CE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1994, *relativa a embalagens e resíduos de embalagens*, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/ALL/?uri=celex%3A31994L0062>, consultado no dia 14 nov. 2020.

DIRETIVA 2000/53/CE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO, DE 18 DE SETEMBRO DE 2000, *relativa aos veículos em fim de vida- Declarações da Comissão*, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A32000L0053>, consultado no dia 19 out. 2020.

DIRETIVA 2006/66/CE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO, DE 6 DE SETEMBRO DE 2006, *relativa a pilhas e acumuladores e respetivos resíduos e que revoga a Diretiva 91/157/CEE*, disponível

no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX:32006L0066>, consultado no dia 27 ago. 2020.

DIRETIVA 2008/98/CE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2008, *relativa aos resíduos e que revoga certas Diretivas*, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A32008L0098>, consultado no dia 29 ago. 2020.

DIRETIVA 2012/19/UE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO, DE 4 DE JULHO DE 2012, *relativa aos resíduos de equipamentos elétricos e eletrónicos (REEE)*, disponível no site <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/pt/TXT/?uri=CELEX:32012L0019>, consultado no dia 4 set. 2020.

DJELLOULI, Nehla; et al, Involving The Public In Decision-Making About Large-Scale Changes to Health Services: A Scoping Review. *In Health Policy*. N.º 123, 2019, p.635-645, disponível no site: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.05.006>. ISSN:0168-8510, consultado no dia 18 nov. 2019.

ELSEVIER, Navigating Health Literacy Challenges: Tailoring patient education to improve health outcomes. Amsterdão: Elsevier, disponível no site https://www.elsevier.com/_data/assets/pdf_file/0007/892942/Elsevier-Patient-Experience-eBook-Final.pdf, consultado no dia 20 abr. 2020.

ESTEVEENS, João, Saúde e Despesa em Saúde num Portugal Envelhecido. *In Revista de Estudos Demográficos*. N.º 56, 2017, p.41-63, disponível no site: [url:https://www.ine.pt/xurl/pub/224831137](https://www.ine.pt/xurl/pub/224831137). ISSN: 1645-5657, consultado no dia 4 jul. 2020.

FILHO, Alberto, Conferência Mundial Sobre Determinantes Sociais da Saúde. *In Cadernos de Saúde Pública*. Vol.27, n.º 11, 2011, p.2080-2081, disponível no site: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n11/01.pdf>. ISSN 0102-311X, consultado no dia 6 dez. 2019.

GERMANN, Kathy; WILSON, Doug, Organizational capacity for community development in regional health authorities: a conceptual model. *In Health Promotion International*. Vol.19, n.º 3, 2004, p.289-298. Disponível no site: <https://academic.oup.com/heapro/article/19/3/277/662464>. ISSN: 1530-6613, consultado no dia 14 dez. 2019.

Health Effects Institute, A Special Report On Global Exposure To Air Pollution And Its Health Impacts. *In State Of Global Air 2020*. 2020, disponível no site: <https://www.stateofglobalair.org/>. ISSN: 2578-6873, consultado no dia 19 out. 2020.

INE, Contribuição das energias renováveis para o consumo final de eletricidade (%). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, disponível no site https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contexto=pi&indOcorrCod=0007273&selTab=tab0, consultado no dia 15 fev. 2020.

INE, Impostos e Taxas com Relevância Ambiental. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, disponível no site https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=415615406&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt, consultado no dia 15 fev. 2020.

JESUS, Ana de; SILVA, Bruno, Ambiente, “economia verde” e direitos humanos. *In Análise Social*. N.º 223, 2017, p.306-327, disponível no site: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aso/n223/n223a03.pdf>. ISSN: 0003-2573, consultado no dia 6 jun. 2020.

WOLKMER, Maria; FERRAZZO, Débora, O Paradoxo do Desenvolvimento: Direito Ambiental e Bens Comuns no Capitalismo. In *Veredas do Direito*, Belo Horizonte, v. 15, n.º 33, 2018, p. 163-189, disponível no site: <http://www.domholder.edu.br/revista/index.php/veredas/article/view/1269>. Consultado no dia 27 jan. 2021.

LEI N.º 56/79, DE 15 DE SETEMBRO, *Serviço Nacional de Saúde*, disponível no site <https://dre.pt/home/-/dre/369864/details/maximized>, consultado no dia 20 nov. 2019.

LEI N.º 2120, DE 19 DE JULHO DE 1963, *Promulga as bases da política de saúde e assistência*, disponível no site <https://dre.pt/pesquisa/-/search/693016/details/maximized?sort=whenSearchable&sortOrder=ASC&q=educa%C3%A7%C3%A3o+f%C3%ADsica>, consultado no dia 10 dez. 2019.

LEI N.º 50/2018, DE 16 DE AGOSTO, *Lei-quadro da transferência de competências para as Autarquias Locais e para as entidades intermunicipais*, disponível no site <https://dre.pt/pesquisa/-/search/116068877/details/maximized>, consultado no dia 20 dez. 2019.

LEI N.º 52/2014, DE 25 DE AGOSTO, *Estabelece normas de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços e promove a cooperação em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, transpondo a Diretiva 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, e a Diretiva de Execução n.º 2012/52/UE da Comissão, de 20 de dezembro de 2012*, disponível no site <https://dre.pt/home/-/dre/56346572/details/maximized>, consultado no dia 2 fev. 2020.

LEI N.º 75/2013, DE 12 DE SETEMBRO, *Estabelece o regime jurídico das Autarquias Locais, aprova o estatuto das entidades intermunicipais, estabelece o regime jurídico da transferência de competências do Estado para as Autarquias Locais e para as entidades intermunicipais e aprova o regime jurídico do associativismo autárquico*, disponível no site <https://dre.pt/pesquisa/-/search/500023/details/maximized>, consultado no dia 5 fev. 2020.

LEI N.º 77/2019, DE 2 DE SETEMBRO, *Disponibilização de alternativas à utilização de sacos de plástico ultraleves e de cuvetes em plástico nos pontos de venda de pão, frutas e legumes*, disponível no site <https://dre.pt/home/-/dre/124346828/details/maximized>, consultado no dia 8 fev. 2020.

LEI N.º 69/2018, DE 26 DE DEZEMBRO, *Sistema de incentivo à devolução e depósito de embalagens de bebidas em plástico, vidro, metais ferrosos e alumínio (Primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 152-D/2017, de 11 de dezembro, relativo ao Regime Unificado dos Fluxos Específicos de Resíduos)*, disponível no site <https://dre.pt/home/-/dre/117484671/details/maximized>, consultado no dia 20 fev. 2020.

LEI N.º 58/2005, DE 29 DE DEZEMBRO, *Aprova a Lei da Água, transpondo para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2000/60/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de Outubro, e estabelecendo as bases e o quadro institucional para a gestão sustentável das águas*, disponível no site <https://dre.pt/pesquisa/-/search/469068/details/maximized>, consultado no dia 18 fev. 2020.

LEI N.º 44/2017, DE 19 DE JUNHO, *Estabelece o princípio da não privatização do setor da água, procedendo à quinta alteração à Lei da Água, aprovada pela Lei n.º 58/2005, de 29 de dezembro*, disponível no site <https://dre.pt/home/-/dre/107524707/details/maximized>, consultado no dia 27 fev. 2020.

LEI N.º 95/2019, DE 4 DE SETEMBRO, *Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto*, disponível no site <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/124417108/details/maximized>, consultado no dia 15 mar. 2020.

LEI N.º 73/2013, DE 3 DE SETEMBRO, *Estabelece o regime financeiro das Autarquias Locais e das entidades intermunicipais*, disponível no site <https://dre.pt/pesquisa/-/search/499528/details/maximized>, consultado no dia 21 mar. 2020.

LEI N.º 82-D/2014, DE 31 DE DEZEMBRO, *Procede à alteração das normas fiscais ambientais nos sectores da energia e emissões, transportes, água, resíduos, ordenamento do território, florestas e biodiversidade, introduzindo ainda um regime de tributação dos sacos de plástico e um regime de incentivo ao abate de veículos em fim de vida, no quadro de uma reforma da fiscalidade ambiental*, disponível no site https://dre.pt/home/-/dre/66022084/details/maximized?p_auth=Hg07h3xg, consultado no dia 2 jul. 2020.

LEI N.º 83-D/2014, DE 31 DE DEZEMBRO, *Procede à alteração das normas fiscais ambientais nos sectores da energia e emissões, transportes, água, resíduos, ordenamento do território, florestas e biodiversidade, introduzindo ainda um regime de tributação dos sacos de plástico e um regime de incentivo ao abate de veículos em fim de vida, no quadro de uma reforma da fiscalidade ambiental*, disponível no site https://dre.pt/home/-/dre/66022084/details/maximized?p_auth=Hg07h3xg, consultado no dia 30 jul. 2020.

LEI N.º 19/2014, DE 14 DE ABRIL, *Define as bases da política de ambiente*, disponível no site <https://dre.pt/pesquisa/-/search/25344037/details/maximized>, consultado no dia 15 agos. 2020.

LOUREIRO, Isabel; MIRANDA, Natércia; MIGUEL, José, Promoção da Saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *In Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol.31, 2013, p.23-31, disponível no site: <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.03.001>. ISSN:0870-9025, consultado no dia 16 nov. 2019.

LORENZETTI, Jorge et al., Tecnologia, evolução tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. *In Texto e Contexto Enfermagem*. Vol. 21, n.º 2, 2012, p. 432-439, disponível no site: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200023. ISSN: 0104-0707, consultado no dia 17 dez. 2019.

MAIS PARTICIPAÇÃO MELHOR SAÚDE, Carta Para a Participação Pública em Saúde, disponível no site <https://www.participacaosaude.com/carta-participacao-publica-em-saude>, consultado no dia 29 jan. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Cuidados Continuados Integrados. Lisboa: SPMS, disponível no site <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/06/18/cuidados-continuados-integrados-2/>, consultado no dia 10 abr. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Serviço Nacional de Saúde: ACSS. Lisboa: SPMS, disponível no site <https://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPrestSa%C3%BAde/UnidadesLocaisdeSa%C3%BAde/tabid/421/language/pt-PT/Default.aspx>, consultado no dia 17 dez. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Serviço Nacional de Saúde: Entidades de Saúde. Lisboa: SPMS, disponível no site <https://www.sns.gov.pt/institucional/entidades-de-saude/>, consultado no dia 14 mar. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SNS24: Centro de Contacto Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: SPMS, disponível no site <https://www.sns24.gov.pt/o-que-e-o-sns24/>, consultado no dia 1 fev. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Saúde escolar - Programas e projectos: Escolas promotoras de saúde. Lisboa: Masterlink, disponível no site <https://www.dgs.pt/promocao-da-saude/saude-escolar/programas-e-projectos/escolas-promotoras-de-saude.aspx>, consultado no dia 8 dez. 2019.

MORAIS, Luís, Redefinição dos cuidados de saúde em Portugal. *In Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 34, n.º 3, 2016, p. 197-198, disponível no site: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v34n3/v34n3a01.pdf>. ISSN: 0870-9025, consultado no dia 20 mar. 2020.

MOREIRA, Sandra et al., Os desafios do Plano Nacional de Acção Ambiente e Saúde. Lisboa: APA, disponível no site https://www.apambiente.pt/_zdata/Politicass/Ambiente&Saude/EmPortugal/Artigo_Os_desafios_PNAAS.pdf, consultado no dia 15 fev. 2020.

MORGAN, David; ASTOLFI, Roberto, Health Spending Growth at Zero: Which Countries, Which Sectors Are Most Affected? *In OECD Health Working Paper*. N.º 60, 2013, p. 1-23, disponível no site: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-spending-growth-at-zero_5k4dd1st95xv-en. ISSN: 18152015, consultado no dia 4 nov. 2019.

OAKS, Jamie; SCHWARTZ, Tonia; ZOHDY, Sarah, The Coevolution Effect as a Driver of Spillover. *In Trends In Parasitology*. Vol. 35, n.º 6, 2019, p.399-408, disponível no site: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471492219300613>. ISSN: 1471-5007, consultado no dia 3 nov. 2020.

OECD, OECD Principles for Public Governance of Public-Private Partnerships. Paris: OECD, disponível no site <http://www.oecd.org/gov/budgeting/oecd-principles-for-public-governance-of-public-private-partnerships.htm>, consultado no dia 3 de fev. 2020.

OECD, Shaping the 21st Century: The Contribution of Development Co-operation. Paris: Development Assistance Committee, disponível no site <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/da2d4165-en.pdf?expires=1608734965&id=id&accname=guest&checksum=D812B175EAEFB4E0D782662310BD38F7>, consultado no dia 17 abr. 2020.

OECD AND EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, Portugal: Perfil de Saúde do País 2019. Paris: OECD iLibrary, 2019, disponível no site: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/portugal-perfil-de-saude-do-pais-2019_75b2eac0-pt. ISBN: 978-926-45-5995-0, consultado no dia 30 dez. 2019.

OMS, Climate Change and Health. Genebra: WHO, disponível no site <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>, consultado no dia 21 fev. 2020.

OMS COMITÉ REGIONAL PARA A EUROPA, Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: World Health Organization, 2013, disponível no site: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf . ISBN: 978-928-90-0279-0, consultado no dia 3 fev. 2019.

OMS COMITÉ REGIONAL PARA A EUROPA, Implementing the European Regional Framework for Action to protect health from climate change: A status report. Copenhagen: World Health Organization, 2015, disponível no site: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/276117/Implementing-Euro-Framework-Action-protect-health-climate-change-en.pdf. ISBN: 978-928-90-50580-7, consultado no dia 15 fev. 2020.

OMS EUROPA, European Action Plan for Strengthening Public Health Capacity and Services in Europe. Malta: World Health Organization, disponível no site http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf?ua=1, consultado no dia 29 out. 2019.

OMS EUROPA, Review of national Finnish health promotion policies and recommendations for the future. Copenhagen: OMS Europa, disponível no site <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107459>, consultado no dia 20 nov. 2020.

OMS EUROPA, The 10 Essential Public Health Operations. Copenhagen: OMS Europa, disponível no site, <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations>, consultado no dia 2 jan. 2020.

OMS, Health Promotion Glossary. Genebra: World Health Organization, 1998, disponível no site <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>>. WHO/HPR/HEP/98.1, consultado no dia 9 dez. 2019.

OMS; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, Plano De Ação Sobre Saúde Em Todas As Políticas: Relatório De Progresso. 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana; 69ª Sessão Do Comitê Regional Da OMS Para As Américas. 2017. Disponível no site: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-pt-9251&alias=41208-csp29-inf-7-a-p-208&Itemid=270&lang=pt, consultado no dia 27 abr. 2020.

OMS; UNICEF, Declaração de Alma-Ata. 1978. Disponível no site: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Consultado no dia 5 jun. 2020.

ONU, Declaração da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano. 1972. Disponível no site: https://apambiente.pt/_zdata/Políticas/DesenvolvimentoSustentavel/1972_Declaracao_Estocolmo.pdf. Consultado no dia 9 nov. 2020.

ONU: CENTRO REGIONAL DE INFORMAÇÃO PARA A EUROPA OCIDENTAL, Água. Nova Iorque: ONU, disponível no site <https://unric.org/pt/agua/>, consultado no dia 10 out. 2020.

ONU: CENTRO REGIONAL DE INFORMAÇÃO PARA A EUROPA OCIDENTAL, Água Potável e Saneamento. Nova Iorque: ONU, disponível no site <https://unric.org/pt/objetivo-6-agua-potavel-e-saneamento-2/>, consultado no dia 10 out. 2020.

ONU: CENTRO REGIONAL DE INFORMAÇÃO PARA A EUROPA OCIDENTAL, 9 out of 10 people worldwide breathe polluted air, but more countries are taking action. Nova Iorque: ONU, disponível no site <https://www.who.int/news/item/02-05-2018-9-out-of-10-people-worldwide-breathe-polluted-air-but-more-countries-are-taking-action>, consultado no dia 11 out. 2020.

PEREIRA, Ana; PITA, João; SOUSA, Micaela, 50 anos de legislação farmacêutica na Europa (1965-2015): o caso específico da AIM. *In Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX*. N.º 14, 2016, p. 73-105, disponível no site: <https://digitalis-dsp.uc.pt/bitstream/10316.2/39349/1/50%20anos%20de%20legislacao%20farmaceutica%20na%20Europa.pdf>. ISSN: 1647-6336, consultado no dia 4 abr. 2020.

RENNEBOOG, Luc; SARMENTO, Joaquim Anatomia das PPPs: A Sua Criação, Financiamento e Renegociações. *In Revista Julgar*. 2017, p.1-61, disponível no site: <http://julgar.pt/anatomia-das-parcerias-publico-privadas-a-sua-criacao-financiamento-e-renegociacoes/>. ISSN: 2183-3419, consultado no dia 11 nov. 2019.

RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA N.º 7/99, Aprova, para ratificação, o Tratado de Amesterdão, que altera o Tratado da União Europeia, os Tratados que instituem as Comunidades Europeias e alguns actos relativos a esses tratados, incluindo o anexo e os protocolos, bem como a Acta Final com as declarações, assinado em Amesterdão em 2 de Outubro de 1997, disponível no site <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/158380/details/maximized>, consultado no dia 7 fev. 2020.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO (2000/C 218/03), de 29 de Junho de 2000, sobre a acção em matéria de Determinantes da Saúde, disponível no site [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32000Y0731\(03\)&qid=1575736513405&from=PT](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32000Y0731(03)&qid=1575736513405&from=PT), consultado no dia 7 dez. 2019.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS N.º 162/2001, de 16 de novembro, Cria uma estrutura de missão denominada «Parcerias. Saúde» destinada a desenvolver e implementar no sector da saúde experiências inovadoras de gestão, designadamente parcerias público-públicas e público-privadas, aplicando-as aos estabelecimentos hospitalares e ao universo de unidades de prestação de cuidados primários e cuidados continuados de saúde, disponível no site <https://dre.pt/pesquisa/-/search/605102/details/maximized>, consultado no dia 5 jul. 2020.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS N.º 91/2008, Aprova o Plano Nacional de Acção Ambiente e Saúde (PNAAS) para o período de 2008-2013, disponível no site <https://dre.pt/pesquisa/-/search/449402/details/maximized>, consultado no dia 2 jan. 2020.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS N.º 109/2007, Aprova a Estratégia Nacional de Desenvolvimento Sustentável - 2015 (ENDS) e o respectivo Plano de Implementação, incluindo os indicadores de monitorização (PIENDS), disponível no site <https://dre.pt/pesquisa/-/search/637185/details/maximized>, consultado no dia 22 jul. 2020.

RESOLUÇÃO EUR/RC61/R2, elaborada pelo Comité Regional da OMS para a Europa, “Strengthening public health capacities and services in Europe: a framework for action”, disponível no site https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/150623/RC61_Res_02.pdf, consultado no dia 20 ago. 2020.

SÁ, Evelin, Book Reviews: Inequalities in health- the Black report. *In Revista de Saúde Pública*. Vol. 20, n.º 6, 1986, p. 492-493, disponível no site: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v20n6/12.pdf>. ISSN 1518-8787, consultado no dia 6 dez. 2019.

SILVA, Mariana, Políticas públicas de saúde: tendências recentes. *Sociologia, In Problemas e Práticas*. N.º 69, 2012, p. 121-128, disponível no site: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65292012000200008&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0873-6529, consultado no dia 9 nov. 2020.

UNIÃO EUROPEIA, Agência Europeia do Medicamento (EMA). Amsterdão: União Europeia, disponível no site https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/ema_pt, consultado no dia 4 fev. 2020.

Jurisprudência consultada:

ACÓRDÃO N.º 39/84, TRIBUNAL CONSTITUCIONAL, Processo n.º 6/83, Relator: Vital Moreira. Disponível no site <https://dre.pt/home/-/dre/384993/details/maximized>, consultado no dia 20 abr. de 2020.

ACÓRDÃO N.º 731/95, TRIBUNAL CONSTITUCIONAL, Processo n.º 274/90, Relator: Conselheiro Alves Correia, disponível no site <http://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/19950731.html>, consultado no dia 6 de jun. 2020.

ACÓRDÃO N.º 330/89, DO TRIBUNAL CONSTITUCIONAL, Processo n.º 274/90, Relator: Conselheiro Alves Correia, disponível no site http://www.pgdlisboa.pt/jurel/cst_busca_palavras.php?buscajur=gratuitidade&ficha=111&pagina=4&exacta=&nid=7276, consultado no dia 29 ago. 2020.

ACÓRDÃO N.º 368/02 DO TRIBUNAL CONSTITUCIONAL, Processo n.º 577/98, Relator: Conselheiro Artur Maurício, disponível no site <https://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20020368.html>, consultado no dia 30 ago. 2020.

ACÓRDÃO DE 16/12/2015, DO TRIBUNAL DA RELAÇÃO DE LISBOA, Processo n.º 1490/09.1TAPTM.L1-3, Relator: Rui Gonçalves, disponível no site https://dre.pt/web/guest/pesquisa-avancada/-/asearch/99317875/details/normal?sort=whenSearchable&search=Pesquisar%2Fen&sortOrder=DESC&emissor=Tribunal+da+Rela%C3%A7%C3%A3o+de+Lisboa&print_preview=print-preview&perPage=100&types=JURISPRUDENCIA, consultado no dia 28 mai. 2020.

Outras referências:

Intervenção de RUI NUNES no congresso com o tema: “I Congresso de Direito da Saúde”, em dezembro de 2019, na Escola de Direito da Universidade do Minho.