



DIÁRIO

da Assembleia da República

XIII LEGISLATURA

4.ª SESSÃO LEGISLATIVA (2018-2019)

SUMÁRIO

Projeto de Lei n.º 1049/XIII/4.ª (PAN):

Visa a introdução de um logotipo que diferencie plásticos biodegradáveis dos plásticos «convencionais».

Proposta de Lei n.º 171/XIII/4.ª (Gov):

Aprova a Lei de Bases da Saúde.

Projetos de Resolução (n.ºs 824/XIII/2.ª, 1883 e 1884/XIII/4.ª):

N.º 824/XIII/2.ª (Plataforma Continental):

— Alteração do texto do projeto de resolução.

N.º 1883/XIII/4.ª (PAN) — Recomenda ao Governo que elabore um estudo científico que afira os impactos dos microplásticos no ambiente, na cadeia alimentar e na saúde humana.

N.º 1884/XIII/4.ª (Presidente da AR) — Suspensão do prazo de funcionamento da Comissão Parlamentar de Inquérito ao Pagamento de Rendias Excessivas aos Produtores de Eletricidade, entre 21 de dezembro de 2018 e 8 de janeiro de 2019 e prorrogação do prazo do inquérito por mais 60 dias.

PROJETO DE LEI N.º 1049/XIII/4.^a

VISA A INTRODUÇÃO DE UM LOGOTIPO QUE DIFERENCIE PLÁSTICOS BIODEGRADÁVEIS DOS PLÁSTICOS «CONVENCIONAIS»

Exposição de motivos

Com a crescente consciencialização dos impactos do plástico nos ecossistemas e na saúde pública, o mercado tem vindo a apresentar alternativas aos plásticos elaborados maioritariamente a partir de matérias-primas com origem fóssil (plásticos convencionais).

Não obstante a crescente necessidade de redução de plásticos não reutilizáveis, ao invés de substituir por plásticos biodegradáveis, é um facto que têm surgido no mercado plásticos biodegradáveis resultantes de matéria-prima com origem em biomassa de fontes renováveis, tais como cana-de-açúcar, milho e soja.

Os resíduos destes plásticos podem ter tratamentos de valorização diferentes consoante o tipo, sendo que existem plásticos biodegradáveis de origem renovável compostáveis ou biodegradáveis no solo ou água.

O processo de biodegradação compreende a decomposição do material através da ação de microrganismos, resultando em elementos existentes na natureza tais como CO₂, água, metano e biomassa.¹

A compostagem é um processo de biodegradação em condições controladas de onde resulta um composto rico em nutrientes valiosos utilizado no melhoramento de solos.

Contudo, também são passíveis de biodegradação os plásticos «convencionais» quando são adicionados aditivos para acelerar a fragmentação do material através da exposição ao calor e a radiação UV. Ao longo do tempo estas partículas de plástico transformam-se em microplásticos, acabando por integrar o ambiente marinho e conseqüentemente a cadeia alimentar.²

Assim sendo, é relevante a necessidade de se diferenciar plásticos biodegradáveis de origem renovável dos plásticos «convencionais» e dos oxo-degradáveis, uma vez que não são visualmente distinguíveis, pelo que a sua marcação é necessária para que os consumidores possam identificar, utilizar e encaminhar para o tratamento adequado. É o caso dos plásticos biodegradáveis compostáveis que não podem ser depositados no ecoponto amarelo.

Em diversos países europeus para colmatar a ausência de logotipos que distinga plásticos de origem fóssil de plástico biodegradável com origem em biomassa, é utilizada a combinação de um logotipo que identifica a certificação a que estão sujeitos juntamente com destino final a que os resíduos devem ser submetidos³ (Figura 1).

Em Portugal para que os plásticos biodegradáveis possam ser comercializados têm de ser alvos de certificação por entidades devidamente creditadas, seguindo as normas europeias EN 13432 ou EN 14995.



Figura 1 – Logotipos utilizados na Europa visando a certificação EN 13432

Por exemplo, para que os plásticos biodegradáveis compostáveis possam ser certificados de acordo com a norma EN 13432, têm de ser testados relativamente aos parâmetros biodegradabilidade, ecotoxicidade, compostabilidade e presença de metais pesados, sendo que os materiais e aditivos têm de obedecer aos mesmos critérios.

Tanto a certificação como a introdução de um logotipo que identifique os plásticos biodegradáveis é importante na medida em que oferece aos consumidores a opção de escolha enquanto facultada informação relativamente ao correto encaminhamento dos resíduos.

¹ European Commission, Report from the Commission to the European Parliament and the Council on the impact of the use of oxo-degradable plastic, including oxo-degradable plastic carrier bags, on the environment, COM (2018) Brussels, 2018.

² European Commission, op. cit., p.1.

³ Horvat, P., Kržan, A., Certification of bioplastics, Innovative value chain development for sustainable plastics in Central Europe, Plastics, Version 3. October 2012.

Desde 1982 que os direitos dos consumidores têm expressão constitucional, passando a pertencer à categoria dos direitos e deveres fundamentais de natureza económica com a revisão de 1989, dispondo o artigo 60.º da Constituição da República Portuguesa⁴ que «Os consumidores têm direito à qualidade dos bens e serviços consumidos, à formação e à informação, à proteção da saúde, da segurança e dos seus interesses económicos, bem como à reparação de danos.»

Segundo o Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça relativo ao processo n.º 99B869⁵ onde aborda a importância do direito à informação no quadro dos direitos dos consumidores, refere que para «O direito à informação importa que seja produzida uma informação completa e leal capaz de possibilitar uma decisão consciente e responsável, tudo com vista a habilitar o consumidor a uma decisão de escolha consciente e prudente», concluindo que é «indiscutível que é o fornecedor de bens ou serviços quem tem de informar de forma completa o consumidor, não sendo pois exigível – pois que normalmente em situação de desigualdade de poder e de conhecimentos económicos e técnicos em que se encontra perante profissionais que de outro modo poderiam aproveitar-se da sua ignorância, da sua inferioridade e da sua fraqueza – que seja este a tomar as iniciativas necessárias ao seu cabal esclarecimento».

Assim, nos termos constitucionais e regimentais aplicáveis, o Deputado do PAN apresenta o seguinte projeto de lei:

Artigo 1.º

Objeto

Visa a introdução de um logotipo que diferencie plásticos biodegradáveis dos plásticos «convencionais».

Artigo 2.º

Alterações ao Decreto-Lei n.º 366-A/97, de 20 de dezembro

É alterado o artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 366-A/97, de 20 de dezembro, que estabelece os princípios e as normas aplicáveis ao sistema de gestão de embalagens e resíduos de embalagens, o qual passa a ter a seguinte redação:

«Artigo 6.º

(...)

- 1 –
- 2 –
- 3 –
- 4 –
- 5 –

6 – As embalagens não reutilizáveis de plástico biodegradável de origem renovável devem ser marcadas com um símbolo específico, a definir pelos interessados, distinto do símbolo previsto no n.º 2 do presente artigo.

Artigo 3.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor 60 dias após a sua publicação.

Assembleia da República, 14 de dezembro de 2018.

O Deputado do PAN, André Silva.

⁴ <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>.

⁵ <http://www.dgsi.pt/jstj.nsf/954f0ce6ad9dd8b980256b5f003fa814/7116bd09615fb1d780256bdc002dc80a?OpenDocument>.

PROPOSTA DE LEI N.º 171/XIII/4.^a
APROVA A LEI DE BASES DA SAÚDE

Exposição de motivos

O direito à proteção da saúde como direito fundamental, constitucionalmente consagrado no âmbito dos direitos e deveres sociais, é uma das mais relevantes realizações da democracia, na qual o Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem tido, desde 1979, um papel estruturante, que se deseja fortalecer e modernizar.

A Lei de Bases da Saúde de 1990, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, sem prejuízo do seu caráter inovador em áreas como a regionalização da administração dos serviços ou a gestão dos hospitais por regras empresariais, perfilhava um entendimento do SNS que o equiparava aos outros prestadores de cuidados do sistema de saúde português. Nela se previa, por exemplo, o apoio ao «desenvolvimento do setor privado da saúde (...) em concorrência com o setor público», entre as diretrizes da política de saúde (alínea f), n.º 1 da Base II, apoio esse traduzido, nomeadamente, «na criação de incentivos à criação de unidades privadas e na reserva de quotas de leitos de internamento em cada região de saúde» (n.º 2 da Base XXXVII). Nela se previa, também, o apoio à facilitação da «mobilidade entre o setor público e o setor privado», entre os objetivos da política de recursos humanos da saúde (n.º 2 da Base XV). Ora, nos últimos anos tem-se assistido a um forte crescimento do setor privado da saúde, quase sempre acompanhado por efeitos negativos no SNS, sobretudo ao nível da competição por profissionais de saúde e da desnatação da procura. Importa, portanto, rever aquele entendimento, estabelecendo que os setores público, privado e social, que integram o sistema de saúde português, atuam segundo o princípio da cooperação e pautam a sua atuação por regras de transparência e de prevenção de conflitos de interesses, ao mesmo tempo que se reafirma que o Estado promove e garante o direito à proteção da saúde através do SNS, dos Serviços Regionais de Saúde (SRS) e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais.

Por outro lado, a Lei de Bases da Saúde de 1990 teve uma vigência de 28 anos e apenas uma revisão, em 2002. Neste período, «tanto o sistema de saúde português, como o seu contexto nacional e internacional evoluíram consideravelmente», conforme se refere no preâmbulo do Despacho n.º 1222-A/2018, de 31 de janeiro, do Ministro da Saúde, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 24, de 2 de fevereiro, que procedeu à designação da Comissão de Revisão da Lei de Bases da Saúde, à qual atribuiu o mandato de «apresentar os termos de referência para a elaboração de uma Proposta de Lei até ao início da sessão legislativa 2018/19 (...) visando a revisão da Lei de Bases da Saúde n.º 48/90, de 24 de agosto».

Considerado o trabalho apresentado pela referida Comissão e os contributos recebidos, quer da discussão com os parceiros institucionais e agentes dos setores, quer com o público em geral, cumpre ao Governo a apresentação de uma proposta de nova Lei de Bases da Saúde que responda aos desafios que o sistema de saúde português enfrenta neste início de século e o prepare para aqueles que o futuro inexoravelmente lhe trará. Para que possa resistir à passagem do tempo e à dinâmica característica do setor da saúde, a proposta de lei que se apresenta é intencionalmente concisa, pretendendo-se que o seu conteúdo programático não restrinja desnecessariamente a função executiva que compete a cada Governo, sem prejuízo da salvaguarda clara da matriz universal, geral e solidária do direito à proteção da saúde, primordialmente assegurada por serviços financiados por impostos e com gestão pública.

Nestes termos, a proposta que se apresenta obedece aos seguintes princípios:

- 1 – Assume-se que a saúde é uma responsabilidade conjunta das pessoas, da sociedade e do Estado e que a sociedade tem o dever de contribuir para a proteção da saúde em todas as políticas e setores de atividade.
- 2 – É conferido destaque aos direitos e deveres dos cidadãos, aos dados pessoais e à informação de saúde, reiterando-se que a mesma é propriedade de cada um.
- 3 – A descentralização de competências nos órgãos municipais assume-se como um claro propósito político para o setor da saúde.
- 4 – A autorregulação profissional e a regulação independente são apresentadas como instrumentos de responsabilidade do Estado.
- 5 – Reitera-se que o sistema de saúde português integra, primeiramente, o SNS, mas também os SRS, outras entidades da Administração Pública, subsistemas, autarquias, setor social e setor privado. Para efetivar

o direito à saúde, o Estado atua através de serviços próprios e contrata, apenas quando necessário, com entidades do setor privado e social a prestação de cuidados, regulando e fiscalizando toda a atividade na área da saúde. Na relação com o setor social e privado, segue-se o texto constitucional constante da alínea d) do n.º 3 do artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa e sublinha-se que incumbe ao Estado o planeamento, a regulação, a avaliação, a auditoria, a fiscalização e a inspeção de todo o sistema.

6 – Entre os fundamentos da política de saúde surge a prioridade às pessoas – as pessoas, incluindo os imigrantes com ou sem a respetiva situação legalizada; as pessoas capacitadas pela literacia, como elemento central no funcionamento dos serviços e respostas de saúde; as pessoas e as comunidades em que se integram enquanto participantes na definição, no acompanhamento e na avaliação das políticas de saúde. Surge ainda a boa gestão dos recursos públicos – a gestão dos recursos disponíveis segundo critérios de efetividade, eficiência e qualidade; o desenvolvimento do planeamento, em especial de equipamentos médicos pesados; e a institucionalização da avaliação em saúde como instrumentos de transparência das escolhas e de prestação de contas.

7 – O SNS é definido como um conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo Ministério da Saúde, explicitando-se, entre outros aspetos, a sua organização, funcionamento e modelo de financiamento. Assume-se que a gestão dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde é pública, podendo ser supletiva e temporariamente assegurada por contrato com entidades privadas ou do setor social. Assume-se também que a organização interna dos estabelecimentos e serviços do SNS deve basear-se em modelos que privilegiam a autonomia de gestão, os níveis intermédios de responsabilidade e o trabalho de equipa, que o seu funcionamento deve apoiar-se em instrumentos e técnicas de planeamento, gestão e avaliação que, em cada momento, garantam que dos recursos públicos que lhe são afetos é retirado o maior proveito socialmente útil e que a programação do investimento no SNS obedece a um plano de investimentos plurianual. Assume-se ainda que a lei define os critérios objetivos e quantificáveis para o financiamento do SNS.

8 – Alinha-se o conceito de profissionais de saúde com aquele definido pela Organização Mundial de Saúde, enquanto trabalhadores envolvidos em ações cujo principal foco é o da melhoria do estado de saúde de indivíduos ou das populações, incluindo os prestadores diretos de cuidados e os prestadores de atividades de suporte. Assume-se uma política norteadora de condições e ambiente de trabalho promotores de satisfação e desenvolvimento profissionais e da conciliação da vida profissional, pessoal e familiar.

9 – Por último, assume-se a investigação e a inovação como elementos nucleares do sistema de saúde, institucionalizando-se a avaliação das políticas de saúde e a participação de Portugal na Saúde Global.

Assim:

Nos termos da alínea d) do n.º 1 do artigo 197.º da Constituição, o Governo apresenta à Assembleia da República a seguinte proposta de lei:

Artigo 1.º

Objeto

É aprovada em anexo à presente lei, da qual faz parte integrante, a Lei de Bases da Saúde.

Artigo 2.º

Regulamentação

O Governo adapta a legislação em vigor à Lei de Bases da Saúde e aprova a legislação complementar necessária.

Artigo 3.º

Norma revogatória

É revogada a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, na sua redação atual.

Artigo 4.º
Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor 60 dias após a sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 13 de dezembro de 2018.

Pel' O Primeiro-Ministro, Augusto Ernesto Santos Silva — A Ministra da Saúde, Marta Alexandra Fartura Braga Temido de Almeida Simões — O Secretário de Estado dos Assuntos Parlamentares, Pedro Nuno de Oliveira Santos.

ANEXO

(a que se refere o artigo 1.º)

Lei de Bases da Saúde

Base 1

Direito à proteção da saúde

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

2 – O direito à proteção da saúde constitui uma responsabilidade conjunta das pessoas, da sociedade e do Estado e compreende o acesso, ao longo de todo o ciclo de vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, bem como a cuidados continuados e a cuidados paliativos.

3 – As pessoas têm o dever de defender e promover a saúde, quer no plano individual, quer no plano da comunidade em que se inserem.

4 – A sociedade tem o dever de contribuir para a proteção da saúde em todas as políticas e setores de atividade.

5 – O Estado promove e garante o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos Serviços Regionais de Saúde (SRS), de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais.

6 – O direito à proteção da saúde pode ainda ser assegurado, sob regulação e fiscalização do Estado, pelo setor privado e social.

Base 2

Direitos e deveres das pessoas

1 – Todas as pessoas têm direito:

a) À proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade;

b) A aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde;

c) A escolher livremente a entidade prestadora de cuidados de saúde, na medida dos recursos existentes;

d) A receber informação sobre o tempo de resposta para os cuidados de saúde de que necessitem;

e) A ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar;

f) A decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo nos casos excecionais previstos na lei, bem como a emitir diretivas antecipadas de vontade e a nomear procurador de cuidados de saúde;

g) A aceder livremente à informação que lhes respeite, sem necessidade de intermediação de um profissional de saúde, exceto se por si solicitado;

h) A ser acompanhadas por familiar ou outra pessoa por si escolhida e a receber assistência religiosa e espiritual;

i) A apresentar sugestões, reclamações e a obter resposta das entidades responsáveis;

j) A intervir nos processos de tomada de decisão em saúde e na gestão participada das instituições do SNS;

k) A constituir entidades que as representem e defendam os seus direitos e interesses, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção da saúde e prevenção da doença, de ligas de amigos e de outras formas de participação que a lei preveja.

2 – As pessoas com deficiência têm direito às adaptações necessárias para a efetivação do previsto no número anterior.

3 – Todas as pessoas têm o dever de:

a) Ser responsáveis pela sua própria saúde e pela melhoria da saúde da comunidade, tendo o dever de as defender e promover;

b) Respeitar os direitos das outras pessoas;

c) Colaborar com os profissionais de saúde em todos os aspetos relevantes para a melhoria do seu estado de saúde;

d) Observar as regras sobre a organização, o funcionamento e a utilização dos estabelecimentos e serviços de saúde a que recorrem.

Base 3 Política de saúde

1 – A política de saúde tem âmbito nacional e é transversal, dinâmica e evolutiva, adaptando-se ao progresso do conhecimento científico e às necessidades, contexto e recursos da realidade nacional, regional e local, visando a obtenção de ganhos em saúde.

2 – São fundamentos da política de saúde:

a) A promoção da saúde e a prevenção da doença, devendo ser consideradas na definição e execução de outras políticas públicas;

b) A melhoria do estado de saúde da população, através de uma abordagem de saúde pública, da monitorização e vigilância epidemiológica e da implementação de planos de saúde nacionais, regionais e locais;

c) As pessoas como elemento central na conceção, organização e funcionamento de estabelecimentos, serviços e respostas de saúde;

d) A resposta às necessidades assistenciais da população, a proteção face aos riscos financeiros da doença e a salvaguarda das expectativas dos cidadãos como objetivos centrais do sistema de saúde;

e) A igualdade e a não discriminação no acesso a cuidados de saúde de qualidade e em tempo útil, a garantia da equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços e a adoção de medidas de diferenciação positiva de pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade;

f) A promoção da educação para a saúde e da literacia em saúde, permitindo a realização de escolhas livres e esclarecidas para a adoção de estilos de vida saudável;

g) A participação das pessoas, das comunidades e dos órgãos municipais na definição, no acompanhamento e na avaliação das políticas de saúde;

h) A gestão dos recursos disponíveis segundo critérios de efetividade, eficiência e qualidade;

i) O desenvolvimento do planeamento e a institucionalização da avaliação em saúde como instrumentos promotores de uma cultura de transparência das escolhas e de prestação de contas;

j) O estímulo à investigação em saúde como motor da melhoria da prestação de cuidados;

k) O reconhecimento da relevância económica do setor da saúde;

l) A divulgação transparente de informação em saúde.

3 – Cabe ao membro do Governo responsável pela área da saúde propor a política de saúde a definir pelo Governo, promover a respetiva execução e fiscalização, e coordenar a sua ação com a dos outros ministérios e entidades.

4 – A política de saúde deve incentivar a adoção de medidas promotoras da responsabilidade social, individual e coletiva, nomeadamente apoiando voluntários, cuidadores informais e dadores benévolos.

Base 4
Participação

1 – O Estado promove a participação das pessoas na definição, acompanhamento e avaliação da política de saúde, promovendo a literacia para a saúde.

2 – A participação a que se refere o número anterior pode ocorrer a título individual ou através de entidades constituídas para o efeito.

Base 5
Responsabilidade do Estado

1 – A responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde efetiva-se primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos, podendo ainda ser celebrados acordos com entidades privadas e do setor social, bem como com profissionais em regime de trabalho independente.

2 – Cabe ao Estado definir as condições de funcionamento do sistema de saúde, nomeadamente através do planeamento, regulação, avaliação, auditoria, fiscalização e inspeção.

3 – O Estado pode cometer a associações públicas profissionais o controlo do acesso e exercício da profissão, a elaboração de normas técnicas e de princípios e regras deontológicas específicos, bem como um regime disciplinar autónomo.

4 – O Estado pode atribuir a uma entidade administrativa independente funções de regulação e de promoção e defesa da concorrência relativamente às atividades económicas realizadas no setor da saúde.

Base 6
Regiões Autónomas

A organização, o funcionamento e o desenvolvimento dos sistemas regionais de saúde, a adaptação regional da presente lei, bem como a definição e a execução da respetiva política de saúde, cabem aos órgãos próprios das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

Base 7
Autarquias locais

1 – As autarquias locais participam na efetivação do direito à proteção da saúde, nas suas vertentes individual e coletiva, nos termos da lei.

2 – A intervenção das autarquias locais manifesta-se, designadamente, no apoio aos sistemas locais de saúde, com especial incidência nos cuidados de proximidade e nos cuidados na comunidade, bem como no planeamento da rede de estabelecimentos prestadores e na participação nos órgãos de acompanhamento e de avaliação do sistema de saúde.

Base 8
Saúde Pública

1 – Compete ao Estado 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.

2 – O membro do Governo responsável pela área da saúde deve identificar áreas específicas de intervenção, tendo presentes os problemas de saúde com maior impacto na morbilidade e na mortalidade.

3 – A promoção da literacia em saúde, que permita às pessoas aceder e utilizar informação sobre saúde, de modo a decidirem de forma consciente e informada, deve estar sempre presente nas decisões e intervenções

em saúde pública.

Base 9
Saúde mental

1 – O Estado promove a melhoria da saúde mental das pessoas e da sociedade em geral, designadamente através da promoção do bem-estar mental, da prevenção e identificação atempada das doenças mentais e dos riscos a elas associados.

2 – Os cuidados de saúde mental devem ser centrados nas pessoas, reconhecendo a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia, e ser prestados através de uma abordagem interdisciplinar e integrada e prioritariamente a nível da comunidade.

Base 10
Saúde ocupacional

1 – Todos os trabalhadores têm o direito de beneficiar de medidas que lhes permitam proteger a saúde no âmbito da sua vida profissional.

2 – Devem ser tidos em conta, em especial, os riscos psicossociais dos trabalhadores particularmente vulneráveis, tais como trabalhadoras grávidas, puérperas e lactantes, trabalhadores menores e titulares de uma relação de trabalho a termo ou temporário.

Base 11
Informação de saúde

1 – A informação de saúde é propriedade da pessoa.

2 – A circulação da informação de saúde deve ser assegurada com respeito pela segurança e proteção dos dados pessoais e da informação relativa à saúde, e pelo princípio da intervenção mínima.

Base 12
Tecnologias de informação e comunicação

1 – O Estado deve promover a utilização eficiente das tecnologias de informação e comunicação no âmbito da saúde e da prestação de cuidados, tendo em atenção a necessidade da proteção dos dados pessoais e da cibersegurança.

2 – As tecnologias de informação e comunicação são instrumentais à prestação de cuidados de saúde, sendo utilizadas numa abordagem integrada e centrada nas pessoas, com vista à melhoria da prestação de cuidados de saúde, à salvaguarda do acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade e à gestão eficiente dos recursos.

3 – As tecnologias de informação e comunicação são desenvolvidas com vista a melhorar o acesso das pessoas aos serviços de saúde e prestações conexas, bem como a maximizar as condições de trabalho dos profissionais e a eficiência das organizações.

Base 13
Tecnologias da saúde

1 – As tecnologias da saúde, designadamente os medicamentos e dispositivos médicos, devem ser desenvolvidas e utilizadas de forma eficaz e eficiente, garantindo o equilíbrio entre a qualidade e equidade no acesso e sustentabilidade do sistema de saúde.

2 – A utilização das tecnologias da saúde deve reforçar a humanização e a dignidade da pessoa.

3 – A instalação de tecnologias médicas pesadas obedece ao planeamento nacional definido pelo membro do Governo responsável pela área da saúde.

4 – A política do medicamento deve contribuir para a promoção do desenvolvimento médico e científico e contribuir para os ganhos em saúde e melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

Base 14

Conselho Nacional de Saúde

1 – O Conselho Nacional de Saúde é um órgão de participação independente, que desempenha funções consultivas do Governo na definição das políticas de saúde e representa os interessados no funcionamento do sistema de saúde.

2 – A composição, a competência e o funcionamento do Conselho Nacional de Saúde são definidos por lei.

Base 15

Sistema de saúde

1 – O sistema de saúde integra as instituições do SNS e dos SRS, bem como outras instituições públicas, e ainda entidades do setor privado, social e profissionais em regime de trabalho independente, que contribuam para a efetivação do direito à proteção da saúde.

2 – Os setores público, privado e social devem atuar de acordo com o princípio da cooperação, pautando-se por regras de transparência, prevenindo a indução artificial da procura, a seleção adversa de casuística e os conflitos de interesse nos profissionais.

3 – A lei prevê os requisitos para a abertura, modificação e funcionamento dos estabelecimentos que prestem cuidados de saúde, independentemente da sua natureza jurídica ou do seu titular, com vista a garantir a qualidade e segurança necessárias.

Base 16

Serviço Nacional de Saúde

1 – O SNS é um conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo Ministério da Saúde, e que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde.

2 – O SNS pauta a sua atuação pelos seguintes princípios:

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

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

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

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

e) Equidade, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis;

f) Qualidade, visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa;

g) Proximidade, garantindo que todo o País dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde;

h) Sustentabilidade financeira, tendo em vista uma utilização efetiva, eficiente e de qualidade dos recursos públicos disponíveis;

i) Transparência, assegurando a existência de informação atualizada e clara sobre o funcionamento do SNS.

3 – O SNS dispõe de estatuto próprio, tem organização regionalizada e uma gestão descentralizada e participada.

Base 17

Beneficiários do Serviço Nacional de Saúde

- 1 – São beneficiários do SNS todos os cidadãos portugueses.
- 2 – São igualmente beneficiários do SNS os cidadãos, com residência permanente ou em situação de estada ou residência temporárias em Portugal, que sejam nacionais de Estados-Membros da União Europeia ou equiparados, nacionais de países terceiros ou apátridas, requerentes de proteção internacional, bem como migrantes com ou sem a respetiva situação legalizada, nos termos do regime jurídico aplicável.
- 3 – A lei regula a assistência em saúde aos beneficiários do SNS reclusos em estabelecimentos prisionais ou internados em centros educativos.
- 4 – A lei regula as condições da referenciação para o estrangeiro e o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços dos beneficiários do SNS.

Base 18

Organização e funcionamento do Serviço Nacional de Saúde

- 1 – A lei regula a organização e o funcionamento do SNS, bem como a natureza jurídica dos vários estabelecimentos e serviços prestadores que o integram, devendo o Estado assegurar os recursos necessários à efetivação do direito à proteção da saúde.
- 2 – A organização e funcionamento do SNS sustenta-se em diferentes níveis de cuidados e tipologias de unidades de saúde, que trabalham de forma articulada, integrada e intersectorial.
- 3 – A gestão dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde é pública, podendo ser supletiva e temporariamente assegurada por contrato com entidades privadas ou do setor social.
- 4 – A organização interna dos estabelecimentos e serviços do SNS deve basear-se em modelos que privilegiam a autonomia de gestão, os níveis intermédios de responsabilidade e o trabalho de equipa.
- 5 – O funcionamento dos estabelecimentos e serviços do SNS deve apoiar-se em instrumentos e técnicas de planeamento, gestão e avaliação que, em cada momento, garantam que dos recursos públicos que lhe são afetos é retirado o maior proveito socialmente útil.
- 6 – A programação do investimento no SNS obedece a um plano de investimentos plurianual.
- 7 – No seu funcionamento, o SNS articula-se, em especial, com os demais setores do Estado, com os órgãos municipais e das comunidades intermunicipais e com todas as entidades que operem na área da saúde.
- 8 – No seu funcionamento, o SNS sustenta-se numa força de trabalho planeada e organizada de modo a satisfazer as necessidades assistenciais da população, em termos de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade, numa evolução progressiva para a criação de mecanismos de dedicação plena ao exercício de funções públicas, estruturadas em carreiras, devendo ser garantidas condições e ambientes de trabalho promotores de satisfação e desenvolvimento profissionais e da conciliação da vida profissional, pessoal e familiar.
- 9 – Ao SNS incumbe promover, nos seus estabelecimentos e serviços e consoante a respetiva missão, as condições adequadas ao desenvolvimento de atividades de ensino e de investigação clínica.

Base 19

Financiamento do Serviço Nacional de Saúde

- 1 – O financiamento do SNS é assegurado por verbas do Orçamento do Estado, podendo ser determinada a consignação de receitas fiscais para o efeito, sem prejuízo de outras receitas que venham a estar previstas em lei, regulamento, contrato ou outro título.
- 2 – A lei define os critérios objetivos e quantificáveis para o financiamento do SNS, podendo estabelecer valores mínimos a observar, em função de indicadores demográficos, sociais e de saúde.

Base 20

Taxas moderadoras

- 1 – A lei pode prever a cobrança de taxas moderadoras, tendo em vista o controlo da procura desnecessária

e a orientação da procura para respostas mais adequadas às necessidades assistenciais, sem prejuízo de poder determinar a isenção de pagamento, nomeadamente em função da situação de recursos, de doença ou de especial vulnerabilidade.

2 – A lei pode estabelecer limites ao montante total de taxas moderadoras a cobrar.

Base 21

Contratos para a prestação de cuidados de saúde

1 – Tendo em vista a prestação de cuidados e serviços de saúde a beneficiários do SNS, podem ser celebrados contratos com entidades do setor privado, do setor social, bem como com profissionais em regime de trabalho independente, condicionados à avaliação da sua necessidade.

2 – Os cuidados de saúde prestados nos termos do número anterior respeitam as normas e princípios aplicáveis ao SNS.

Base 22

Seguros de saúde

1 – Os seguros de saúde são de adesão voluntária e de cobertura complementar ao SNS.

2 – A subscrição de um seguro de saúde deve ser precedida da prestação, pelo segurador, de informação, clara e inteligível quanto às condições do contrato, em especial no que diz respeito ao âmbito, exclusões e limites da cobertura, incluindo informação expressa quanto à eventual interrupção ou descontinuidade de prestação de cuidados de saúde caso sejam alcançados os limites de capital seguro contratualmente estabelecidos.

3 – Os estabelecimentos de saúde informam as pessoas sobre os custos a suportar pela prestação de cuidados de saúde ao abrigo de seguros de saúde, incluindo os da totalidade da intervenção proposta, salvo quando justificadamente não dispuserem dos elementos necessários à prestação dessa informação.

Base 23

Profissionais de saúde

1 – São profissionais de saúde os trabalhadores envolvidos em ações cujo principal foco é o da melhoria do estado de saúde de indivíduos ou das populações, incluindo os prestadores diretos de cuidados e os prestadores de atividades de suporte.

2 – Os profissionais de saúde, pela relevante função social que desempenham ao serviço das pessoas e da comunidade, estão sujeitos a deveres éticos e deontológicos acrescidos, nomeadamente a guardar sigilo profissional sobre a informação de que tomem conhecimento no exercício da sua atividade.

3 – Os profissionais de saúde têm direito a aceder à formação e ao aperfeiçoamento profissionais, tendo em conta a natureza da atividade prestada, com vista à permanente atualização de conhecimentos.

4 – Os profissionais de saúde têm o direito e o dever de exercer a sua atividade de acordo com a *legis artis* e com as regras deontológicas, devendo respeitar os direitos da pessoa a quem prestam cuidados, mas podendo exercer a objeção de consciência, nos termos da lei.

5 – O membro do Governo responsável pela área da saúde organiza um registo nacional de profissionais de saúde, incluindo aqueles cuja inscrição seja obrigatória numa associação pública profissional.

6 – Os profissionais de saúde que exerçam funções no âmbito de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde estão sujeitos a auditoria, inspeção e fiscalização do Ministério responsável pela área da saúde, sem prejuízo das atribuições cometidas a associações públicas profissionais

7 – Os profissionais de saúde em regime de trabalho independente devem ser titulares de seguro contra os riscos decorrentes do exercício da sua atividade.

Base 24

Investigação

1 – A investigação em saúde deve observar, como princípio ético orientador, o de que a vida humana é o

valor máximo a promover e a salvaguardar.

2 – É apoiada a investigação em saúde e para a saúde, bem como a investigação clínica, devendo ser estimulada a colaboração neste domínio entre os departamentos governamentais responsáveis pelas áreas da saúde e da ciência, os organismos responsáveis pela investigação científica e tecnológica e outras entidades.

3 – As condições a que deve obedecer a investigação em saúde, em particular a experimentação em seres humanos e os ensaios clínicos, são definidos em diploma próprio, devendo ser tidos especialmente em consideração:

a) O respeito pela dignidade e pelos direitos fundamentais, a segurança e o bem-estar das pessoas que nela participam, não comportando para a pessoa envolvida riscos e incómodos desproporcionais face aos potenciais benefícios, e o reconhecimento das especificidades de mulheres e de homens;

b) A realização de acordo com as regras da boa prática de investigação, nomeadamente as aplicáveis à investigação em seres humanos e à investigação em animais;

c) A inexistência de contrapartida, designadamente quaisquer incentivos ou benefícios financeiros para a pessoa envolvida, sem prejuízo do reembolso de despesas e do ressarcimento pelos prejuízos sofridos com a participação na investigação.

Base 25 Inovação

O Estado deve promover o acesso equitativo à inovação em saúde nas suas vertentes integradas e complementares de ciências de informação e comunicação, nanotecnologia, genética e computação, em particular no recurso à robótica e à inteligência artificial, com salvaguarda das questões éticas suscitadas neste último domínio.

Base 26 Autoridade de saúde

1 – À autoridade de saúde compete a decisão de intervenção do Estado na defesa da saúde pública, nas situações suscetíveis de causarem ou acentuarem prejuízos graves à saúde dos cidadãos ou das comunidades, bem como na vigilância de saúde no âmbito territorial nacional que derive da circulação de pessoas e bens no tráfego internacional.

2 – Para defesa da saúde pública, cabe, em especial, à autoridade de saúde:

a) Ordenar a suspensão de atividade ou o encerramento dos serviços, estabelecimentos e locais de utilização pública e privada, quando funcionem em condições de risco para a saúde pública;

b) Desencadear, de acordo com a Constituição e a lei, o internamento ou a prestação compulsiva de cuidados de saúde a pessoas que, de outro modo, constituam perigo para a saúde pública;

c) Exercer a vigilância sanitária do território nacional e fiscalizar o cumprimento do Regulamento Sanitário Internacional ou de outros instrumentos internacionais correspondentes, articulando-se com entidades nacionais e internacionais, no âmbito da preparação para resposta a ameaças, deteção precoce, avaliação e comunicação de risco e da coordenação da resposta a ameaças;

d) Proceder à requisição de serviços, estabelecimentos e profissionais de saúde em casos de epidemias graves e outras situações semelhantes.

3 – Em situação de emergência de saúde pública, o membro do Governo responsável pela área da saúde toma as medidas de exceção indispensáveis, se necessário mobilizando a intervenção das entidades privadas, do setor social e de outros serviços e entidades do Estado.

Base 27 Relações internacionais

1 – O Estado apoia as organizações internacionais com intervenção na área da saúde e garante o cumprimento dos compromissos internacionais a que está vinculado.

2 – O Estado desenvolve uma política de cooperação que incide na melhoria sustentável da saúde e do bem-estar humanos, numa perspetiva de saúde global, promovendo a cooperação bilateral, em particular com os Estados-Membros da União Europeia e com os Estados que integram a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa.

3 – O Estado garante a cooperação na vigilância, alerta rápido e resposta a ameaças graves para a saúde com dimensão transfronteiriça, nomeadamente no quadro do Regulamento Sanitário Internacional.

Base 28 Avaliação

1 – Os programas, planos ou projetos, públicos ou privados, que possam afetar a saúde pública devem estar sujeitos a avaliação de impacto, com vista a assegurar que contribuem para o aumento do nível de saúde da população.

2 – A avaliação a que se refere o número anterior visa assegurar que o processo de tomada de decisão integra a ponderação dos impactos relevantes em termos de saúde, tendo em conta o nível de saúde já alcançado, a ponderação de alternativas, os efeitos cumulativos decorrentes de outros programas em execução, bem como os contributos recebidos de participação pública.

PROJETO DE RESOLUÇÃO N.º 824/XIII/2.^a (*) (PLATAFORMA CONTINENTAL)

Considerando que o processo de avaliação por parte das Nações Unidas sobre a candidatura portuguesa no âmbito Extensão da Plataforma Continental teve início a 14 de agosto de 2017, e que os trabalhos irão decorrer previsivelmente durante os próximos dois anos

Considerando que este reconhecimento por parte da ONU se traduz, na prática, num alargamento das nossas fronteiras marítimas com efeitos positivos para Portugal e para as suas Regiões Autónomas.

Considerando, neste sentido, que o PSD tinha inscrito no seu programa eleitoral das eleições Legislativas de 2015, o compromisso de avaliar a possibilidade de fixar parte dos recursos da Armada Portuguesa nos Açores.

Considerando que, neste contexto, continuamos a defender que é necessário melhorar o posicionamento estratégico da Armada Portuguesa e que as Regiões Autónomas são uma localização imprescindível e insubstituível, neste processo de alargamento dos nossos limites marítimos.

Considerando que a localização geocentral dos Açores e da Madeira no Atlântico permitirá uma melhor vigilância e acompanhamento do nosso futuro espaço marítimo. Aliás, posição reconhecida ao longo dos séculos por vários países.

Considerando que os Açores apresentam uma posição geoestratégica privilegiada e que afirmam Portugal no mapa mundial da geopolítica.

Considerando que o alargamento da Plataforma Continental representa uma oportunidade única de aspeto social, económico, ambiental e científico para Portugal e para as suas Regiões Autónomas.

Considerando que a candidatura portuguesa prevê que Portugal acresça mais de dois milhões de quilómetros quadrados ao espaço marítimo atual. Ou seja, um aumento para lá das 200 milhas náuticas.

Considerando que o Governo não responde a uma Pergunta escrita sobre este tema, tendo já sido ultrapassado o prazo regimental para a resposta.

Ao abrigo das disposições legais e regimentais aplicáveis, os Deputados abaixo assinados do Grupo Parlamentar do Partido Social Democrata apresentam o presente Projeto de Resolução:

A Assembleia da República resolve, nos termos do disposto do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição da República Portuguesa, recomendar ao Governo que, no âmbito da candidatura e do alargamento dos limites

marítimos da nossa Plataforma Continental, avalie fixar parte dos recursos da Armada Portuguesa nos Açores e na Madeira.

Palácio de São Bento, 17 de dezembro de 2018.

Os Deputados do PSD: Berta Cabral — António Ventura.

(*) Texto inicial substituído a pedido do autor em 17 de dezembro de 2018 [Vide DAR II Série-A n.º 100 (2017.04.27)].

PROJETO DE RESOLUÇÃO N.º 1883/XIII/4.^a

RECOMENDA AO GOVERNO QUE ELABORE UM ESTUDO CIENTÍFICO QUE AFIRA OS IMPACTOS DOS MICROPLÁSTICOS NO AMBIENTE, NA CADEIA ALIMENTAR E NA SAÚDE HUMANA

Atualmente vivemos num paradigma económico e social de consumo crescente e contínuo. Este paradigma, alicerçado numa mentalidade linear de produção, distribuição, consumo e gestão de resíduos leva à factualização que este modelo societal é insustentável e diretamente concorrente com os escassos recursos do planeta tal como com o equilíbrio dinâmico ecológico. Esta compreensão, respaldada pela comunidade científica, leva-nos à obrigatoriedade de adoção de políticas públicas que visam a redução drástica do nosso impacto na sociedade, nomeadamente tentando internalizar os custos ambientais, que diariamente externalizamos para os ecossistemas, em todo o ciclo produtivo, distributivo e de consumo. Assim, a urgência de consciencializar mas também legislar para reduzir rápida e efetivamente a quantidade que produzimos e consumimos, nomeadamente em resíduos plásticos, é clara. Porém, e a par desta necessidade de reforçar a política nacional no que toca as melhores práticas de implementação de políticas económicas e ambientais integradas, ou seja o reforço de uma economia circular eficaz e efetiva, há que conhecer a realidade ambiental recorrendo à comunidade científica e a mais dados técnicos. Mais precisamente necessitamos de aferir científica e extensivamente quais os impactos atuais da poluição decorrente do uso de materiais plásticos como loiças descartáveis, pneus, roupas, cosméticos, por exemplo, e a sua disseminação, deterioração e decomposição no meio ambiente. E os dados da nossa produção e consumos já são claros e preocupantes.

Segundo a Agência Portuguesa do Ambiente (APA)¹ «A produção mundial de plásticos tem vindo a aumentar desde 1950 e em 2013 estima-se que foram produzidas cerca de 300 milhões de toneladas (PlasticsEurope, 2015). Os plásticos agregam mais de 20 famílias de polímeros». A agência acrescenta que «os plásticos contêm uma série de aditivos para melhorar as especificações do produto tais como: ductilidade, dureza, durabilidade ou resistência ao clima. Em relação a alguns destes aditivos especialmente certos plastificantes, existe suspeita de que sejam desreguladores endócrinos para animais e para os seres humanos». Como agravante, a APA clarifica que «Todos os anos, uma parte muito significativa dos plásticos da indústria e dos consumidores são libertados no ambiente, estimando-se que cerca de 10% dos plásticos produzidos terminem nos oceanos e mares». Mais, «Em menos de um século de existência os detritos de plástico já representam cerca de 60 a 80% do lixo marinho dependendo da localização. A fragmentação do plástico é considerado ser um processo infinito e que pode continuar até ao nível molecular podendo levar à formação contínua de micro plásticos e até nano partículas de plástico (partículas com dimensão inferior a 1 µm), no ambiente.»

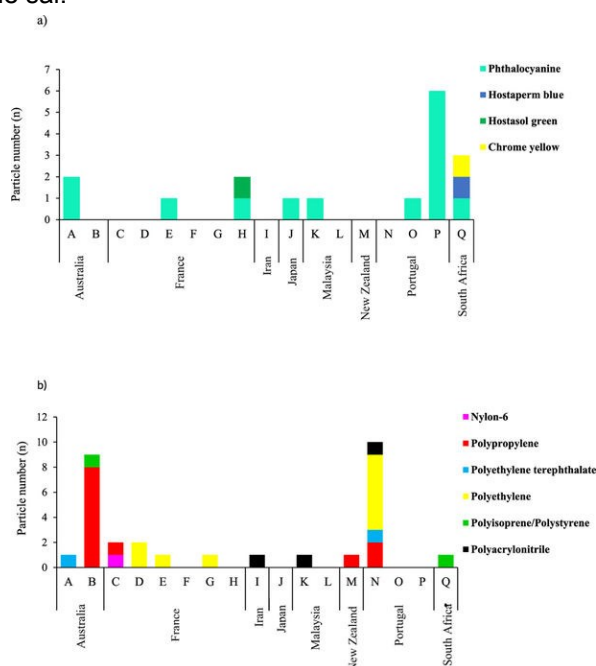
Porém, ainda mais preocupantes são os indicadores e os dados científicos de outras organizações, nomeadamente da Greenpeace. Esta ONG, através de um estudo de 2016², concluiu que só na Europa, por ano, chegam ao oceano mais de «8000 toneladas de microplásticos o que equivale ao peso da Torre Eiffel [cerca de 10 000 toneladas]». Elvira Jiménez, responsável da organização comentou que «os danos dos

¹ Disponível online em: <https://www.apambiente.pt/index.php?ref=17&subref=1249&sub2ref=1319&sub3ref=1325>.

² Disponível: <https://storage.googleapis.com/gpubk-static/legacy/PlasticsInSeafood-Final.pdf>.

microplásticos são potencialmente maiores que os detritos maiores porque são mais acessíveis a mais espécies, incluindo o fitoplâncton.»

Este impacto das micropartículas plásticas, ainda diminutamente calculado, estudado e compreendido³, «poderá também ter graves efeitos na cadeia alimentar e nomeadamente na saúde pública» segundo a National Oceanic and Atmospheric Administration. O nível de contaminação vai sendo cada vez mais evidente à medida que mais estudos são realizados. Em 2017, a Universidade do Minnesota e o estado de Nova Iorque, recolheram amostras de água de diferentes países, em vários continentes, e concluíram que 83% das amostras continham microplásticos⁴. Recentemente a Organização Mundial de Saúde lançou uma revisão científica à presença de microplásticos em águas engarrafadas depois de um estudo⁵ afirmar que 90% das marcas conterem detritos plásticos decorrentes da decomposição das próprias garrafas. Foram analisadas 259 garrafas, de 19 regiões e 9 países diferentes, num raio de 11 marcas, e os resultados apontaram para a presença, em média, de 325 partículas de plástico por cada litro de água. Outro estudo⁶, publicado na *Nature*, que analisou 17 amostras de sal de mesa vendido em oito países (incluindo Portugal), confirmou que existia contaminação com microplásticos, sendo que uma das três amostras portuguesas atingiu o máximo observado, com dez microplásticos por quilograma de sal.



Fonte: Revista científica Nature, Figura 3: Gráfico de barras com as partículas isoladas das diferentes marcas/amostras de sal.

Naturalmente estas partículas são também ingeridas por diversos animais. Uma investigação da Organização de Pesquisa Industrial e Científica da Commonwealth (CSIRO, na sigla em inglês), que analisou estudos publicados entre 1962 e 2012 sobre 186 espécies de aves marinhas, descobriu que a quantidade de plástico presente nos estômagos destes animais está a crescer a um ritmo alarmante. Segundo o estudo, no início da década 1960, os cientistas encontraram plástico no estômago de menos de 5% de aves marinhas aumentando vertiginosamente para 80% em 2010. A este ritmo, o estudo indica que em 2050 cerca de 99% das espécies de aves marinhas contenham plástico nos seus estômagos. Também o relatório da *Greenpeace, Plastics in the Sea Food*⁷, reporta que pelo menos 170 espécies marinhas, vertebradas e invertebradas, consomem poluentes de origem industrial. Em Portugal 3 das 9 espécies de aves marinhas estudadas⁸, ou seja 22,5%, ingeriram microplásticos durante a sua vida. Outro estudo⁹, reportou que em 236 espécimes, de 23 espécies de peixe comerciais, 19,8% continham microplásticos sendo que 32,7% tinham ingerido mais que um tipo de partículas

³<http://iopscience.iop.org/article/10.1088/1748-9326/10/12/124006.jsessionid=123F0E078E457FC6106D3ACEE956F209.c3.iopscience.cld.iop.org>.

⁴<https://orbmedia.org/sites/default/files/Orb%20Media%20Microscopic%20Plastics%20Press%20Release%20SEP%205%202017.pdf>.

⁵ Disponível: <https://orbmedia.org/sites/default/files/FinalBottledWaterReport.pdf>.

⁶ Disponível: <https://www.nature.com/articles/srep46173>.

⁷ Disponível *online* em: <https://storage.googleapis.com/gpubk-static/legacy/PlasticsInSeafood-Final.pdf>.

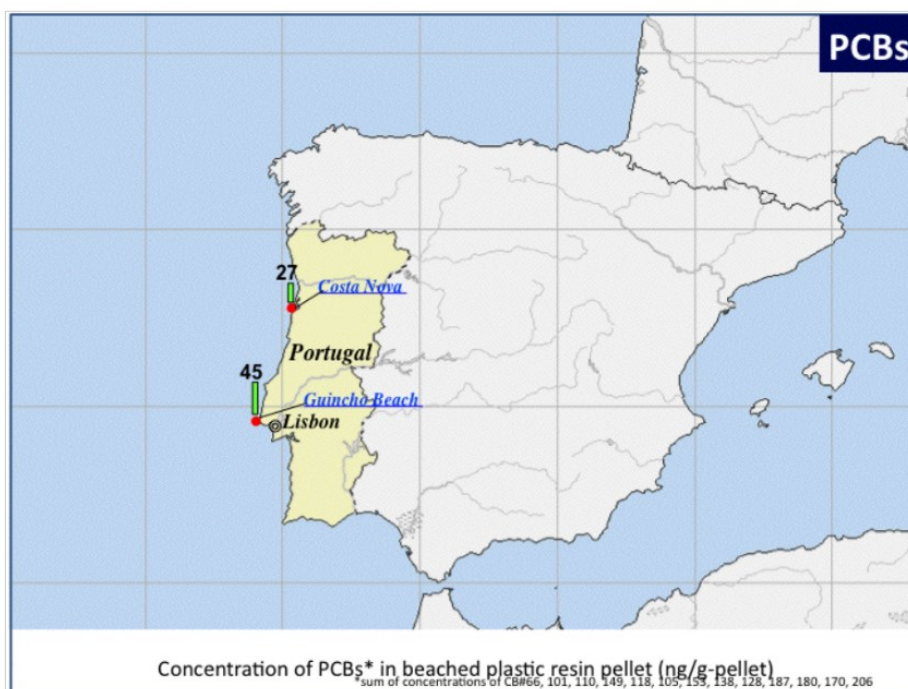
⁸ Disponível *online* em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025326X1731007X>.

⁹ Disponível *online* em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26608506>.

plásticas. Estes dados, de estudos sectoriais, já demonstram o potencial de perigosidade para a fauna e flora, tal como para a saúde pública.

Este problema é ainda mais considerável se tivermos em conta as espécies anfíbias, marinhas, subaquáticas e mesmo répteis com maior volume corporal. Segundo um relatório da *World Animal Protection*¹⁰ anualmente mais de 136 mil animais, nomeadamente baleias, golfinhos, focas e tartarugas ficam presas ou mutiladas por redes de pescas perdidas ou descartadas. Segundo este mesmo estudo mais de 80% das redes de pescas das companhias de grande porte perdem-se ou são descartadas no mar nunca sendo recuperadas. São estimados que por ano são perdidas ou descartadas cerca de 640 mil toneladas de redes nos nossos oceanos. Os dados apontam também para que 70% dos plásticos (com mais de 5 milímetros) estão relacionados com o sector pesqueiro. E todos estes bens decompõem-se no mar, no oceano. Anualmente, o mesmo relatório alerta que um Europeu está exposto a cerca de 11 mil partículas microplásticas se consumir marisco. Estes dados são alarmantes não só para a saúde pública como para o bem-estar dos ecossistemas e dos restantes animais.

Mas a presença destes detritos plásticos no ambiente contém outros problemas: os microplásticos são também absorventes, agregam, outros agentes poluidores, como é o caso do poluente orgânico persistente polychlorinated biphenyl (PCB). Este, apesar de já não ser oficialmente comercializado, permanece durante muito tempo no ambiente e ao aglomerar-se juntos destas partículas plásticas pode causar problemas na cadeia alimentar, visto que é um componente altamente tóxico e carcinogénico. Segundo uma análise da organização *International Pellet Watch*¹¹, com dados entre 2007 e 2014, Portugal registava níveis elevados deste orgânico persistente em análises recolhidas em Algés e Matosinhos¹².



¹⁰ Disponível online em: https://d31j74p4lpxrfp.cloudfront.net/sites/default/files/cr_files/sea_change-resumenejecutivo.pdf.

¹¹ Disponível online em: <http://www.pelletwatch.org/maps/map-1.html>.

¹² Disponível online em: <http://www.pelletwatch.org/maps/map-1.html#Portugal>.

| Portugal | | | | | | | | | | | | (ng/g-pellet) | | | |
|-----------|-----------|---|------------------------------------|----------------|------------------------|----------------|-------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--|--|
| Sample ID | DATE | Sampling Location (Local Name) | Latitude , Longitude | PCBs | DDTs (DDT, DDD, DDE) | HCHs | Hopanes | PAHs | Heps (Hep, HepoxB, HepoxA) | Chlordanes (trans, cis) | Aldrin | Dieldrin | Endosulfan | | |
| 12041003 | 2012/3/29 | Alges, Lisboa | N 38° 41' 43" , W 9° 13' 48" | 274.0 | 39.5 (23.0, 4.0, 12.5) | 0.7 | 35000.0 | 0.0 | n.a. (n.a., n.a., n.a.) | n.a. (n.a., n.a.) | n.a. | n.a. | n.a. | | |
| 12030500 | 2012/2/16 | Boceira Beach (Aljezur) | N 37° 11' 49.6" , W 8° 54' 12.9" | 32.0 | 2.1 (1.4, 0.4, 0.3) | 3.5 | 39000.0 | 0.0 | n.a. (n.a., n.a., n.a.) | n.a. (n.a., n.a.) | n.a. | n.a. | n.a. | | |
| 11041101 | 2010/2/18 | Carrapreira | N 37° 11' 2.8" , W 8° 53' 40.01" | TO BE ANALYSED | TO BE ANALYSED | TO BE ANALYSED | TO BE ANALYSED | TO BE ANALYSED | TO BE ANALYSED | TO BE ANALYSED | TO BE ANALYSED | TO BE ANALYSED | TO BE ANALYSED | | |
| 07100700 | 2007/10/0 | Costa Nova | N 40° 37' 6.48" , W 8° 45' 10.2" | 27.0 | 1.7 (1.3, 0.3, 0.1) | 0.6 | 17218.0 | 163.0 | No Data Available (-, -, -) | No Data Available (-, -, -) | No Data Available | No Data Available | No Data Available | | |
| 12041000 | 2012/3/17 | Gamboa Beach, Peniche | N 39° 21' 53" , W 9° 22' 21" | 12.0 | 0.8 (0.4, 0.3, 0.1) | 0.0 | 12000.0 | 0.0 | n.a. (n.a., n.a., n.a.) | n.a. (n.a., n.a.) | n.a. | n.a. | n.a. | | |
| 08102500 | 2008/9/0 | Guncho Beach | N 38° 43' 47.56" , W 9° 28' 22.82" | 45.0 | 2 (1.4, 0.2, 0.4) | 1.6 | No Data Available | No Data Available | No Data Available (-, -, -) | No Data Available (-, -, -) | No Data Available | No Data Available | No Data Available | | |
| 12041002 | 2012/3/24 | Motosinhos, Oporto | N 41° 10' 46" , W 8° 41' 41" | 307.0 | 20.1 (8.8, 1.4, 9.9) | 0.4 | 62000.0 | 370.0 | n.a. (n.a., n.a., n.a.) | n.a. (n.a., n.a.) | n.a. | n.a. | n.a. | | |
| 14011100 | 2014/1/5 | Populo Beach, Sao Miguel Island, Azores | N 37° 45' 1.63" , W 25° 37' 6" | 26.0 | 4.2 (0.0, 0.2, 4.0) | 1.6 | n.a. | 173.0 | n.a. (n.a., n.a., n.a.) | n.a. (n.a., n.a.) | n.a. | n.a. | n.a. | | |
| 12020801 | | Praia Paredes da Vitoria - Alcobaca | N 39° 42' 10.2" , W 9° 2' 59.7" | 15.0 | 2.1 (1.4, 0.3, 0.4) | 2.0 | 71000.0 | 0.0 | n.a. (n.a., n.a., n.a.) | n.a. (n.a., n.a.) | n.a. | n.a. | n.a. | | |
| 08102501 | 2008/10 | Sao Torpes Beach, Sines | N 37° 9' 55.79" , W 8° 54' 9.5" | 19.0 | 4 (2.0, 1.0, 1.0) | 0.0 | 30000.0 | 24370.0 | n.a. (n.a., n.a., n.a.) | n.a. (n.a., n.a.) | n.a. | n.a. | n.a. | | |
| 12041001 | 2012/3/18 | Vieir Le Leiria, Leiria | N 39° 52' 27" , W 8° 58' 21" | 11.0 | 2 (0.8, 0.5, 0.7) | 0.3 | 37000.0 | 0.0 | n.a. (n.a., n.a., n.a.) | n.a. (n.a., n.a.) | n.a. | n.a. | n.a. | | |

Fonte: International Pellet Watch

Acresce a esta problemática de contaminação o facto de muitos microplásticos, que estão presentes, por exemplo, em produtos de beleza, roupas, medicamentos, irem parar aos oceanos através dos sistemas de saneamento visto que estes não conseguem filtrar esta micro ou nano partículas. Muitos destes contêm disruptores endócrinos químicos, considerados pela Organização Mundial de Saúde¹³, como causadores de problemas na fertilidade, no aumento da incidência de cancro mamário, no desenvolvimento cognitivo tardio em crianças e jovens, entre outros problemas.

Acresce que os microplásticos têm não só uma incidência negativa nos ecossistemas, na saúde humana, no bem-estar de animais mas também pela emissão de gases com efeitos de estufa. Recentemente foram divulgados os impactos dos microplásticos no aumento da emissão destes gases o que coloca em causa os modelos até agora apresentados para adaptar e mitigar os fenómenos decorrentes das alterações climáticas. Segundo a investigadora Sarah-Jeanne Royer, da Universidade do Havai (EUA) apesar das quantidades libertadas por cada particular microplástica ser reduzida se tivermos em consideração a sua decomposição ao longo dos anos, a atividade biológica do mar e o volume total de resíduos plásticos nos oceanos, desde os anos 50, o seu impacto na emissão de metano e etileno é substancial¹⁴. Esta problemática agudiza-se pois, segundo um estudo recente da Universidade de Newscatle¹⁵, 99.99% dos plásticos presentes nos oceanos está presente debaixo da superfície aquática. Segundo simulações computacionais existem 393 milhões de toneladas de plástico nos oceanos sendo que apenas 246.000 se encontram à superfície. Este estudo afirma também que cerca de 70% do plástico que chega aos oceanos afunda o que dificulta qualquer operação de quantificação ou remoção dos detritos.

Tendo em consideração estes dados os líderes mundiais tal como vários blocos geopolíticos organizam-se para tentar dar uma resposta célere e eficaz ao problema da contaminação e da poluição massificada dos plásticos e, inerentemente, dos microplásticos. Sendo que a União Europeia (EU) introduz nos oceanos 150.000 a 500.000 toneladas de resíduos de plástico¹⁶, e que os Europeus produzem 25 milhões de toneladas de resíduos de plástico e menos de 30% são reciclados, o Parlamento Europeu aprovou em janeiro do presente ano uma Estratégia Europeia para os Plásticos na Economia Circular¹⁷. Nesta estratégia é claro que um dos objectivos é «restringir a utilização de microplásticos nos produtos e fixar rótulos para os plásticos

¹³ Disponível online em: <http://www.who.int/ceh/risks/cehemerging2/en/>.

¹⁴ Disponível online em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0200574>.

¹⁵ Disponível online em: <https://www.ncl.ac.uk/press/articles/latest/2018/09/plastics/>.

¹⁶ Disponível online em: <http://ec.europa.eu/environment/marine/good-environmental-status/descriptor-10/pdf/MSFD%20Measures%20to%20Combat%20Marine%20Litter.pdf>.

¹⁷ Disponível online em: https://ec.europa.eu/portugal/news/plastics-strategy_pt.

biodegradáveis e compostáveis». Também neste ano, a 25 de setembro, a Organização das Nações Unidas lançou a Plataforma Global para os Plásticos que visa unir esforços e concertar estratégias para reduzir o uso e o desperdício de plástico¹⁸ nomeadamente na União Europeia, nos países do G8 e G20, com o apoio de várias associações ou instituições, tal como o Fórum Económico Mundial. Porém para melhor combater este flagelo impera estudar mais o seu impacto atual no meio ambiente, na saúde pública e bem-estar de outros animais.

A importância de Portugal ser um pioneiro no conhecimento técnico e científico da magnitude do impacto dos resíduos plásticos, nomeadamente no oceano, reveste-se da maior urgência pois não só estamos potencialmente a colocar em risco a saúde pública, como o equilíbrio dinâmico dos nossos ecossistemas e a vida de milhões de animais. Num País com uma das maiores zonas económicas exclusivas (ZEE) da Europa, cobrindo cerca de 1.683.000 km², e que pode vir a chegar a 3 800 000 km², este estudo sobre a quantidade e o impacto dos microplásticos é fundamental para o desenvolvimento positivo do país, da Europa.

Assim, a Assembleia da República, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, por intermédio do presente projeto de resolução, recomenda ao Governo que:

1 – Proceda à elaboração de um estudo, em território nacional, dos impactos da presença de microplásticos no ambiente, na cadeia alimentar e na saúde humana.

2 – O estudo integre e envolva a participação de instituições públicas e privadas, a comunidade científica, tal como Organizações Não Governamentais Ambientais e outras instituições ou organizações relevantes para a matéria em apreço.

3 – Mediante os resultados deste estudo:

a) Promova uma Estratégia Nacional para o Combate e Mitigação dos Efeitos dos Microplásticos;

b) Inscreva no Orçamento do Estado as verbas necessárias para garantir o cumprimento do ponto 1;

c) Estude a possibilidade de incluir em sede de Orçamento do Estado apoios à investigação científica para a mitigação, a remediação ou para soluções referentes aos efeitos negativos decorrentes da disseminação ambiental de partículas microplásticas;

d) Reforce, junto da comunidade civil e piscatória, estratégias para garantir a recuperação de redes rasgadas ou abandonadas na atividade pesqueira;

e) Crie condições para a redução do material plástico nas redes de pesca utilizando apoios e incentivos à produção e compra de redes de pesca, totais ou parciais, com outros materiais não plásticos e, se possível, biodegradáveis;

f) Crie estratégias e legislação que garantam, a curto prazo, a remoção de produtos e bens que contenham microplásticos do mercado nacional;

g) Reforce as campanhas de sensibilização nos agrupamentos de escolas e nas universidades, tal como nas instituições públicas, para a importância da política dos 3rs; reduzir, reutilizar e reciclar;

h) Integre no Roteiro de Neutralidade Carbónica, nomeadamente no sector dos Resíduos, a problemática das emissões de gases com efeito de estufa da produção, utilização, disseminação, reutilização e eliminação de microplásticos;

i) Reforce o compromisso de trabalhar no seio da União Europeia e da Organização das Nações Unidas para minorar e solucionar os problemas decorrentes da poluição gerada pelos resíduos plásticos.

Palácio de São Bento, 14 de dezembro de 2018.

O Deputado do PAN, André Silva.

¹⁸ Disponível *online* em: <https://www.unenvironment.org/es/node/23602>.

PROJETO DE RESOLUÇÃO N.º 1884/XIII/4.^a**SUSPENSÃO DO PRAZO DE FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO AO PAGAMENTO DE RENDAS EXCESSIVAS AOS PRODUTORES DE ELETRICIDADE, ENTRE 21 DE DEZEMBRO DE 2018 E 8 DE JANEIRO DE 2019 E PRORROGAÇÃO DO PRAZO DO INQUÉRITO POR MAIS 60 DIAS**

A Assembleia da República resolve, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, suspender a contagem do prazo de funcionamento da Comissão Parlamentar de Inquérito ao Pagamento de Rendias Excessivas aos Produtores de Eletricidade, a partir de 21 de dezembro de 2018, retomando-a após 8 de janeiro de 2019, bem como prorrogar o prazo do inquérito por mais 60 dias, a partir do dia 17 de janeiro de 2019.

Palácio de São Bento, 17 de dezembro de 2018.

O Presidente da Assembleia da República, Eduardo Ferro Rodrigues.

A DIVISÃO DE REDAÇÃO.