



**ORDEM DOS MÉDICOS**  
**Conselho Nacional**

**Proposta de Lei n.º 49/XIII – “Lei da Saúde Pública”**

**APRECIACÃO, COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE REDACÇÃO**  
**ALTERNATIVA À PROPOSTA DE LEI**

[De acordo com a versão enviada à Ordem dos Médicos em 27 Maio de 2017]

O presente parecer assume-se na constatação de que a proposta de lei (PL) em apreço foi já aprovada na generalidade pelos partidos com assento parlamentar. Desse modo, o parecer dedica-se, maioritariamente, ao que, em nossa opinião, se torna fundamental modificar para melhorar e modernizar o texto que nos foi enviado, seja na sua feição técnica ou jurídica.

O parecer tem também em consideração o trabalho desenvolvido pela chamada *Comissão Para a Reforma da Saúde Pública*, grupo nacional, nomeado pelo Ministro da Saúde, que a Ordem dos Médicos integrou formalmente entre 6 de Novembro de 2016 e 12 Abril de 2017 e para o qual deu contributos objectivos e sob forma documental.

As alterações propostas – particularmente as representadas por novos artigos ou substantiva nova redacção de outros – têm por principal finalidade robustecer o documento e introduzir-lhe um fio condutor que atenua a sua actual feição de colagem de legislação oriunda de fontes e períodos temporais diversos. O trabalho preocupa-se igualmente em estabelecer e explicitar referências/cruzamento interno entre assuntos correlacionados mas que, no texto que nos foi remetido a 27 de Maio p.p., se apresentam dispersos ou não integrados.

Para a maioria das alterações são feitos comentários que justificam as opções tomadas e a redacção alternativa proposta.

**I. Comentários gerais ao texto recebido:**

- **Ausência de fio condutor:** É perceptível a ausência de um fio condutor sólido que subordine, em termos de *rationale* e sequência expositiva, o que a totalidade do texto apresenta ao longo dos seus capítulos e secções. Esse papel de espinha dorsal poderia ser consubstanciado no *Capítulo III*, o que justifica a mais detalhada revisão que apresentamos desse capítulo.
- **Aspectos jurídicos:**
  - a) Sugere-se que a referência a instrumentos legais futuros, que vão regulamentar certos aspectos da PL, seja genérica e que não subordine, desde logo, a forma do instrumento a determinado modelo, pois pode vir a revelar-se necessário, na regulamentação da lei, um enquadramento legal diverso do inicialmente imaginado, por exemplo: um decreto-lei ao invés de uma portaria ou despacho, ou vice-versa. Assim, e concretizando este pensamento, no documento em apreciação áreas como as doenças de notificação obrigatória (artigo 26.º) ou a vacinação (artigo 39.º) devem, em nossa opinião, ser suportadas por atos legislativos e não meros despachos;
  - b) Somos também de opinião que a forma como a PL invoca certas áreas do exercício da Saúde Pública está apresentada/redigida de modo insuficiente. De facto, e como ilustração do que chamamos a atenção, a competência para determinar emergências em Saúde Pública deve ser claramente atribuída ao membro do Governo competente e não

apenas a uma simples Direcção-Geral, a qual se deve limitar a garantir ou desenvolver os actos técnicos e as consequência emanadas ou decorrentes de decisão superior;

c) Será igualmente muito importante precaver a eventual revogação de legislação que, nos seus aspectos minudentes, não é, no imediato, substituída por outra, podendo criar um vazio legislativo e provocar eventual paralisia de certas funções actuais. Sob este ponto de vista é crucial que a entrada em vigor da nova Lei seja acompanhada pela aprovação de legislação/normativos que regulamentem os vários pilares considerados ou invocados, seja na nova lei seja na abundante legislação que é já assinalada na proposta como revogada pela futura lei.

- **Ratios de profissionais:** O Decreto-Lei 81/2009, revogado por esta PL, prevê *ratios* indicativos para várias categorias profissionais (médicos de SP; enfermeiros; técnicos de saúde ambiental) que são eliminados na presente redacção. Esta eliminação representa enorme retrocesso e uma perda de referencial para o estabelecimento de mapas de pessoal, cobrir de necessidades e número de profissionais a formar e especializar. Poder-se-á, em legislação posterior, afinar alguns aspectos específicos destes *ratios* (como aliás o decreto-lei citado já contempla na sua redacção), mas é crucial um referencial nacional, que, aliás, é uma meta da Organização Mundial de Saúde nesta matéria. Propomos que se mantenha, com a leve actualização de termos que introduzimos aqui, o que consta no DL 81/2009:

#### **Ratios de profissionais**

[a acrescentar, na lei, aos artigos referente a serviços de saúde pública]

1. Na constituição da equipa das unidades de saúde pública dos agrupamentos de centros de saúde e das unidades locais de saúde, devem ser observados, de forma indicativa, de acordo com os recursos humanos disponíveis e conforme as características geodemográficas da zona de intervenção, os seguintes râtios:

- a) Um médico com o grau de especialista em saúde pública por cada 25.000 habitantes;
- b) Um enfermeiro, preferencialmente com a especialidade de saúde pública/saúde comunitária, por cada 30.000 habitantes;
- c) Um técnico de saúde ambiental por cada 15 000 habitantes.

2. Sem prejuízo do disposto no número anterior, considerando as áreas funcionais a desenvolver, bem como as características da população abrangida, podem ser aplicados outros râtios ou integrados outros profissionais nas referidas equipas em número adequado à defesa da saúde pública e à missão específica do serviço.

- **Perigos de anonimização indiscriminada de informação vital para a intervenção em Saúde Pública:** São perigosas as consequência das restrições levantadas às actividades de defesa e protecção da saúde da população por uma eventual confusão, ou insuficiente esclarecimento, entre o uso de informação individual para fins de *investigação académica* ou para o uso de *investigação operacional* cuja finalidade major é o controlo atempado de problemas de saúde e ameaças à SP e não a mera “publicação científica”. É exemplo claro desta necessidade o conhecimento – obviamente submetido a princípios e obrigações, já existentes, de sigilo profissional – de dados pessoais para investigação no terreno de casos e contactos de doenças transmissíveis (tuberculose, meningite, hepatite, legionelose, sarampo, etc.), avaliação que não pode ser completada perante dados anonimizados, a qual pode conduzir em última análise à propagação de doença transmissível por incapacidade dos profissionais respectivos levarem a termo o esclarecimento da sua origem e propagação. Neste âmbito, a actual redacção da PL 49/XIII não acautela esta acepção de investigação operacional tendo por finalidade a identificação e controlo de surtos e, pior, a redacção do articulado é internamente contraditória, pois tanto publicita a submissão a regras de anonimato da informação como, logo a seguir, prevê a quarentena de pessoas (quais, se não sabemos quem são?) ou fixa sanções para quem propagar

doença transmissível. Como cortar cadeias epidemiológicas se, na prática, a SP fica impedida de ter acesso aos elos dessa cadeia?

Vem esta explicação a propósito da restrição de acesso a informação baseada na protecção de dados e que se reflecte ao longo do documento, restrição por vezes justificada pela invocação de “legislação ou regras europeias”. Ora acontece que a legislação europeia nesta matéria é perfeitamente explícita na salvaguarda deste acesso a informação individual do utente/doente para efeitos de planeamento em saúde (manter actualizado o perfil de saúde de uma população) ou de intervenção em SP, conforme pode ser comprovado pela consulta do *Regulamento do Parlamento Europeu 2016/679* [Protecção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação; considerandos 45, 46, 52, 54; alíneas h, i, j do n.º 2 do artigo 9.º].

- **Reordenamento de artigos:** Será aconselhável proceder ao reordenamento de alguns artigos, de molde a propiciar uma sequência de artigos co-relacionados. Por exemplo: nos artigos e números de rubrica que dizem respeito aos diversos níveis dos serviços de saúde pública (**Capítulo II, Secção I**) tudo o que se refere aos serviços locais devia ser exposto sequencialmente, o mesmo se passando com os serviços regionais.

Por outro lado, a secção sobre o Conselho Nacional de SP (**Capítulo II, Secção III**) deveria ser passada para outro local do texto da PL. De facto, é uma secção logística sobre a organização de um órgão que vai lidar apenas com epidemias/emergências e o local do texto onde se encontra actualmente interrompe a sequência harmoniosa de matérias que têm a ver com substância. Supomos que ficaria mais apropriado se surgisse no final do Capítulo IV: Emergências em SP.

## II. Comentários específicos ao articulado/sugestões de redacção alternativa:

### Artigo 2.º Definições

**Alínea b):** A referencia explícita a decisão do Parlamento Europeu constitui um constrangimento futuro, pois uma Lei como esta irá, previsivelmente, durar muito tempo. [*Redacção sugerida*]: “... no âmbito do Regulamento Sanitário Internacional ou de Decisões e Directivas do Parlamento Europeu nesta área.”

### Artigo 3.º Competências [dos serviços de Saúde Pública]

n.º 2,

**Alínea f):** substituir “comprovação científica” por “evidência científica”, pois comprovação é algo raro de se conseguir garantir no âmbito considerado.

**Alínea m):** retirar “os”, que surge entre “com” e “critérios”.

**Alínea o):** [*Redacção sugerida*]: “... e estimulando a comunidade a participar nos aspectos relacionados com a sua saúde individual e colectiva, segundo princípios de obtenção de resultados coparticipados.”

**n.º 4:** Não se compreende o que se entende por “serviços de saúde pública de natureza operativa”, não está definido o conceito e o termo não é posteriormente retomado no diploma. Aliás, o termo “operativo” costuma ser usado para definir serviços prestadores de cuidados curativos. [*Redacção sugerida*]: Propomos que se elimine esta “natureza operativa”, uma vez que o seu desaparecimento do texto em nada prejudica a lógica ou compreensão do artigo.

## Artigo 4.º

### Organização e funcionamento

*Comentário prévio:* Deixa esta reforma “manca”, e desajustada ao século XXI em que vivemos, a dissociação (ou a quase ausência) de laboratórios de saúde pública que, como indica a designação, têm por missão apoiar a actividade dos serviços de saúde pública, tal como um médico clínico não consegue exercer a sua actividade sem apoio laboratorial ou de outros meios auxiliares do diagnóstico. A nível nacional, essa função é desempenhada pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, que acumula à sua missão de Laboratório do Estado outras importantes actividades no âmbito da vigilância epidemiológica, investigação em saúde pública e avaliação da qualidade e segurança de certos actos com repercussão colectiva. A nível regional e local os serviços de SP precisam igualmente de ser apoiados por serviços laboratoriais que, sendo específicos desta área profissional de actividade, devem estar integrados nos serviços de saúde pública e não deixados à indefinição de filiação ou sujeitos a eventual extinção por juízo de decisores que muitas vezes desconhecem a missão de defesa da saúde que compete ao Estado. Em tempos de ameaças reemergentes (ébola, legionela, hepatites, malária, sarampo, etc.) este divórcio ou insuficiência de meios é incompatível com uma saúde pública moderna e que possa actuar atempadamente.

A nível nacional, a recente tentativa/iniciativa de partição/desmantelamento e submissão do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge a entidades externas ao Ministério da Saúde está em completa contradição quer com o texto do articulado que consta na PL já aprovada pelo Parlamento, quer com o assumido pela já referida Comissão da Reforma da Saúde Pública, designadamente com a proposta aprovada de criação e implementação de uma Rede Nacional de Serviços de Saúde Pública, que articula serviços locais, regionais e centrais.

A nível regional e local deve ser clarificada a figura que dirige ou coordena os serviços sob pena de não se poder assumir com precisão as decisões ou as responsabilidades pelos actos.

**n.º 5:** Na 4.ª linha o termo “unidade funcional de nível distinto” deveria ser substituído por “unidade funcional distinta” apenas. Este nível causa confusão com o “nível” da primeira linha deste número e, de facto, a unidade de SP não é de nível distinto das outras unidades a nível local, pois está ao mesmo nível; apenas é distinta das outras pela sua natureza técnica e de intervenção.

**n.º 10** [*Redacção sugerida*]: Os serviços de saúde pública de nível regional são dirigidos por um médico especialista em saúde pública, designado nos termos do n.º 2 do artigo 10.º, coadjuvado pelo delegado de saúde regional adjunto, podendo a direcção integrar ainda um enfermeiro especialista em saúde pública ou enfermagem comunitária e um licenciado em saúde ambiental.

**n.º 11** [*Redacção sugerida*]: Os serviços de saúde pública de nível local são coordenados por um médico especialista em saúde pública, coordenador designado nos termos do n.º 5 do artigo 10.º, e coadjuvado por um delegado de saúde.

**n.º 12** [*Redacção sugerida*]: “No exercício das suas competências os serviços de saúde pública, aos seus diversos níveis, são apoiados por laboratórios especializados em saúde pública, laboratórios que ao nível regional e local se integram e dependem dos serviços de saúde pública dos respectivos níveis e têm como laboratório de referência nacional o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP).”

**n.º 13:** A redacção deste artigo dá ideia apenas de colaboração unidirecional, em que o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge é ‘usado’ pelos serviços de SP, aspecto que pode transmitir a ideia de menorização de uma entidade com um papel fundamental numa rede de serviços de SP.

[*Redacção sugerida*]: “Os departamentos técnico-científicos do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, apoiam, nos termos previstos no artigo 5.º, e numa óptica colaborativa bidirecional, os serviços de saúde pública de .....”

**n.º 15 e n.º 16:** Eliminar estes dois números, pois são vagos e não trazem acrescento substantivo aos serviços que não possa ser alcançado pelo enquadramento do restante articulado.

## Artigo 5.º

**Colaboração e dever de cooperação**

**n.º 3:** [*Redacção sugerida*]: “Os serviços .... os princípios deontológicos e o sigilo profissional.” [eliminar o texto restante]

**n.º 4:** Eliminar do texto: “com respeito pela legislação de protecção de dados pessoais”.

*Comentário:* Os profissionais de saúde já estão sujeitos a regras deontológicas e de sigilo estritas na sua actividade. Aliás, este aspecto encontra-se posteriormente salvaguardado no artigo 52.º (dados pessoais). Ver também explicação sobre este assunto em I. Comentários Gerais (página 2 deste parecer).

## Artigo 7.º

**Níveis de intervenção e competências**

**n.º 1. alínea c):** Deveria ser indicado quem é esta entidade “delegados de saúde coordenadores”, pois fica aqui no vácuo.

[*Redacção sugerida*]: “De âmbito local, os delegados de saúde coordenadores, definidos nos termos do n.º 6 do artigo 10.º, e os delegados de saúde.”

**n.º 2:** Acrescentar o termo “cooperação” como última palavra da última linha, pois uma rede não se restringe apenas à troca de informação. Ficaria: “.... em sistema de rede integrada de informação e cooperação”.

## Artigo 8.º

**Competências específicas**

**n.º 4, alínea c):** A redacção está feita de um modo que ultrapassa a competência específica da autoridade de saúde, de acordo com o conceito legal e função estrita. O modo como está redigido é competência do serviço de SP e do especialista em SP, seja autoridade de saúde ou não.

Deste modo, a Redacção deverá ser obrigatoriamente:

“Exercer a coordenação a nível local da vigilância epidemiológica e da investigação de surtos, nos termos da legislação aplicável.”

**Alínea f):** Pelos motivos explicados na alínea anterior, a Redacção deverá ser obrigatoriamente:

“Colaborar, dentro desta sua função específica, com as unidades de saúde do seu âmbito geodemográfico.”

*Nota:* O termo escolhido (função específica) é, aliás, o consagrado na 2.ª linha do artigo 14.º da presente proposta de lei.

**Alínea g):** [*Redacção sugerida*]: “Colaborar, dentro desta sua função específica, .... etc.”.

*Nota:* Pelos mesmas razões explicadas anteriormente. Na sua forma actual este artigo está redigido de forma que ultrapassa o âmbito das competências estritas de uma autoridade de saúde e sobrepõe-se e entra em conflito desnecessário com as restantes funções dos serviços e dos profissionais.

## Artigo 9.º

**Substituições**

**n.º1:** Quem é a autoridade que, na última linha do texto; designa o quê? Não está claro a quem se refere.

## Artigo 11.º

**Remuneração**

*Comentário prévio: Sugere-se um número 2 ao artigo, que resolva de vez o problema de outros serviços de SP do Ministério da Saúde (que não os tradicionais dos ACES ou departamentos de SP das ARS) e que podem ter (e são forçados a) um regime de disponibilidade permanente. É, por exemplo, o caso de médicos especialistas em SP colocados em unidades de SP das Unidades Locais de Saúde (ULS), do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge e do Instituto Português do Sangue e Transplantes, profissionais que não estão enquadrados pelo artigo 21.º do DL 177/2009, de 4 Agosto. Este assunto está por resolver há 8 anos, pois na feitura do decreto-lei da carreira médica citado o assunto não foi convenientemente acautelado: há quem seja obrigado a regime de disponibilidade permanente (comparecer no serviço sempre que convocado para funções de SP de interesse nacional) sem que exerça a função de autoridade de saúde ou disfrute daquele regime. Este acréscimo não tem implicações especiais em termos financeiros e aplica-se apenas a médicos, pois é (no texto já existente da proposta de lei ou do decreto citado) **aplicado somente a médicos**. A não observação desta proposta faz com que os serviços centrais referidos, ou mesmo as unidades de SP das ULS, tenham dificuldade acrescida em contratar médicos especialistas em SP, pois para passarem de outro serviço para o novo por concurso ou concorrerem pela primeira vez a partir do final do Internato, ficam automaticamente com redução de ordenado e prejudicados em relação aos restantes colegas com as mesmas condições formativas, o que roça o inconstitucional por tratamento desigual para o mesmo trabalho.*

**n.º 2 [Redacção sugerida]:** “De igual modo, os médicos especialistas em saúde pública colocados em serviços do Estado e que, por inerência ou exigência de funções, tenham de se apresentar ao serviço sempre que solicitados têm direito ao suplemento remuneratório atribuído nos termos do n.º 1 deste artigo.”

#### Artigo 12.º

#### **Dever de colaboração das instituições públicas...**

Pelos motivos explanados a propósito do n.º 4 do artigo 5.º, deve ser eliminada, na última linha, a frase “com respeito pela legislação de protecção de dados pessoais”.

#### Artigo 16.º

#### **Conselho Nacional de SP**

Redacção proposta: “É criado .... para análise e avaliação operativa das situações... etc.”.

*Nota: A introdução do termo “operativa” pretende especificar uma função específica para que este Conselho não duplique ou entre em conflito com funções normais, e já especificadas, dos serviços de SP.*

*Comentário prévio ao CAPÍTULO III: O capítulo que se segue, na redacção da PL que agora se comenta, é o calcanhar de Aquiles da futura Lei, pois não existe consistência e progressão lógica na apresentação do seu conteúdo, estando nomeadamente em falta no texto aspectos como os instrumentos de intervenção a usar e aspectos importantes por referir como a falta de referência às doenças crónicas, responsáveis por cerca de 86 % de toda a carga de doença em Portugal e na Europa. Deste modo, apresenta-se uma redacção alternativa que tenta respeitar as ideias já existentes e introduzir o que de novo se entende como conveniente figurar num documento legal desta natureza.*

### CAPÍTULO III

#### **[NOVA REDACÇÃO SUGERIDA]:**

#### **Proteger e promover a Saúde, prevenir a doença**

#### **SECÇÃO I**

## **Intervenção em Saúde Pública**

### **Artigo 20.º**

#### **Responsabilidades do Estado**

Compete ao Estado a responsabilidade nacional da protecção e promoção da saúde dos cidadãos como um bem colectivo, lançando mão de estratégias que a promovam e defendam em todas as políticas, recorrendo a instrumentos de diagnóstico e intervenção tecnicamente sustentados que permitam o conhecimento e o elencar de problemas, a priorização das intervenções, a implementação de projectos e programas e a avaliação do seu impacto.

### **Artigo 21.º**

#### **Saúde em todas as políticas**

1 - Com o objectivo de proteger e promover a saúde dos cidadãos, o Estado deve:

- a) Contribuir para a adopção de comportamentos validados e aceites como saudáveis, nomeadamente através da colaboração com os agentes económicos cuja actividade tenha relação com a saúde da população ou de grupos que a integram;
- b) Incentivar a participação dos cidadãos e de instituições da sociedade, através da adoção de mecanismos de audição e de participação em processos que baseiem as decisões sobre intervenção em saúde;
- c) Promover a literacia em saúde e comunicando, em linguagem clara, informação relevante para a saúde, seja esta a divulgação de orientações e boas práticas seja a necessária explicação de medidas adoptadas nesta área.

*Nota: A antiga alínea d) do artigo 20.º da proposta de lei foi eliminada pelo seu conteúdo não corresponder a nada de claro ou de substantivo.*

Artigo 22.º **[NOVO ARTIGO CONSIDERADO ESSENCIAL]**

**[Redacção sugerida]:**

#### **Planeamento em Saúde**

Num contexto universal de recursos limitados e com o objetivo de alcançar uma melhoria sustentável do nível de saúde da população, que, designadamente, contribua para a diminuição das desigualdades e iniquidades:

- a) O Ministério da Saúde, nos vários níveis da governação, adota mecanismos de planeamento integrado e participativo em saúde, nomeadamente através do plano ou estratégia nacional de saúde, e dos planos regionais e locais de saúde;
- b) Os cidadãos e a sociedade organizada são convidados a participar e a assumir compromissos explícitos no desenvolvimento das estratégias com maior impacte na saúde, numa perspectiva de coprodução de saúde;
- c) As autarquias, individual ou conjuntamente, assumem papel relevante na criação de sinergias e na implementação local das estratégias com maior impacte na saúde, especialmente no âmbito dos planos locais de saúde;

- d) Os serviços de saúde pública, aos seus diferentes níveis, assumem a coordenação técnica dos processos de planeamento em saúde, sua implementação, monitorização e avaliação;
- e) A actividade dos serviços de saúde pública na área do planeamento em saúde deve ser orientada para os problemas de saúde que constituem a principal carga de doença da população portuguesa, nomeadamente as doenças crónicas como as cérebro e cardiovasculares e o cancro, bem como os seus determinantes;
- f) A comunidade académica e científica são chamadas a colaborar com investigação que possa contribuir para melhorar processos e modelos de planeamento em saúde;
- g) O Estado compromete-se a criar mecanismos de avaliação externa dos processos de planeamento em saúde, aos seus diferentes níveis.

Artigo 23.º [antigo artigo 21.º da proposta]

**[Redacção sugerida]:**

#### **Estudos de impacte na saúde**

- 1 - A aprovação de medidas legislativas com impacte relevante na saúde deve ser precedida da realização de estudos prévios.
- 2 - Os serviços de saúde pública, em cooperação com a comunidade académica e científica, assumem a coordenação da realização dos estudos de impacte na saúde.
- 3 - A realização de estudos de impacte na saúde é objeto de regulamentação específica.

[antigo ]Artigo 22.º

#### **Plataforma Saúde Pública Portugal**

*Comentário: Eliminar o artigo que consta com este número na PL enviada por perigoso potencial uso comercial do nome como logótipo, violando a função Estado da saúde pública. Os seus aspectos eventualmente positivos foram absorvidos na lógica de redacção do novo artigo 24.º*

*Comentário prévio ao artigo seguinte: Para que a redacção do próximo artigo se encaixe e adapte aos desenvolvimentos feitos no âmbito da Comissão Para a Reforma da Saúde Pública, a sua redacção deve ser ligeiramente modificada, modificação que permitirá que se torne menos confusa do que actualmente no que diz respeito à rede organizativa dos serviços (que não é o mesmo que rede de informação). O novo título sugerido para este artigo é fundamental para servir de "cimento enquadrador" ao documento. De outro modo, o trabalho em curso será prejudicado.*

**[Redacção sugerida]:**

Artigo 24.º

#### **Rede de Serviços de Saúde Pública**



1 - Para um melhor conhecimento do estado de saúde da população, dos fatores que o determinam, da identificação de necessidades de saúde e consequente melhoria da decisão e da intervenção em saúde, os serviços de saúde pública trabalham em rede, não somente entre si mas também por articulação com os restantes serviços de saúde do sistema nacional de saúde.

2 - A rede de serviços de saúde pública prevista no número anterior deve articular-se e abranger progressivamente, para além dos serviços mencionados, a comunidade académica e científica e ainda outras entidades e setores relevantes para a saúde da comunidade.

3 - Os sistemas de informação específicos previstos na presente lei, como o de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Entomológica, Vigilância Ambiental e Sistemas de Alerta Rápida e Resposta, integram-se ou articulam-se no funcionamento da rede de serviços de saúde pública.

4 - A organização, funcionamento e desenvolvimento da rede de serviços de saúde pública, bem como a estrutura do seu sistema de informação, serão objeto de regulamentação específica.

### CAPÍTULO III SECÇÃO 2 A 4

*Comentário prévio à Secção 2 a 4 do Capítulo III (Vigilância Epidemiológica/ entomológica/ ambiental): Pela leitura desta parte do texto da PL enviada nota-se que foi produzida em altura diferente do texto que o antecede no documento, o que prejudica a uniformidade da PL como um todo. Aspectos em falta que podem ser considerados graves: não há menção aos serviços de SP regionais e locais nas actividades de vigilância epidemiológica - e no entanto são os serviços locais que fazem a esmagadora maioria destas actividades , sendo estes apenas referidos no texto para a aplicação de coimas.; o que contraria ou ignora por completo o disposto no n.º 3, do artigo 3.º. Igualmente não existe ligação entre as várias redes de sistemas de informação específicos/dedicados a esses serviços, o que, quando tudo entrar em vigor, causará o caos, pois não é explícita a subordinação e a coordenação de todos estes aspectos.  
As alterações ao texto que se sugerem têm por finalidade melhorar e mitigar algum ar de pensamento incompleto que prejudica a clareza dos artigos desta secção..*

**[Redacção sugerida]:**

### SECÇÃO II Vigilância epidemiológica

Artigo novo n.º

### Conceito

1 - A vigilância epidemiológica tem por finalidade a identificação e antecipação de ameaças ou riscos para a saúde pública, numa perspectiva do controlo da sua génese e evolução, e a aplicação de medidas de prevenção, controlo e resposta, quer no que se refere à aquisição ou transmissão de doenças como a outros fenómenos com repercussões na saúde.

Antigo Artigo 24.º [agora x]

### Competências

1 - A nível nacional a responsabilidade da vigilância epidemiológica compete à Direcção-Geral da Saúde e ao Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

2 - Nos termos do disposto no n.º 2 do artigo 3.º, a nível regional e local a responsabilidade pela coordenação, investigação, aplicação de medidas de prevenção, controlo e resposta compete aos respectivos serviços de saúde pública.

Artigo 23.º [agora x]

### Sistemas de vigilância epidemiológica

A vigilância a que se refere o artigo anterior é suportada por sistemas de informação específicos, com base em enquadramento e comprovação clínica, epidemiológica e laboratorial.

*Nota: Em todo o restante texto daqui para a frente, o termo “dedicados” deveria ser substituídos por “específicos”, pois em português o termo “dedicado” não tem conotação técnica. De facto estamos a falar de “sistemas específicos” de informação como oposto de “sistemas gerais ou genéricos”*

Artigo 25.º [agora x]

### Rede integrada de informação e comunicação em saúde pública

*Comentário: O título do artigo deveria ser substituído pois torna-se sobreponível a outras redes anteriores já referidos a propósito dos serviços de SP e o que acontece é que passaremos a ter várias redes e sistemas de informação redundantes e em potencial conflito de interpretação ou funções. Tratando-se aqui de uma rede específica de vigilância epidemiológica o título deverá ser substituído, como se propõe.*

**[Redacção sugerida para este artigo]:**

### Artigo x

#### Plataforma integrada de informação e comunicação em vigilância epidemiológica

1 - [Redacção sugerida]: As entidades que contribuem para a vigilância epidemiológica integram-se numa plataforma de informação e comunicação

relevante para a saúde pública e transmitem, através de sistemas de informação específicos, informação relativa a:

*Nota: Já foi referido que “específico” é preferível a “dedicado” e que, neste caso, “informação” (por ser termo mais lato) é preferível a “dados”.*

- a) .....;
- b) [*Redacção sugerida*]: Ocorrência, frequência e evolução de algumas doenças não transmissíveis;

*Nota: É preferível introduzir o termo “algumas” pois não tem sentido prever a vigilância específica de todas as doenças nem isso seria possível ou teria interesse.*

- c) .....;
- d) .....;
- e) Estado de evolução dos estudos epidemiológicos etc.

2 - [*Redacção sugerida*]: A informação referida no número anterior inclui .... a propagação da doença, medidas aplicadas, bem como .... etc.

#### Artigo 26.º [agora x]

##### Funcionamento da rede integrada

- n.º 1, alínea c):** Outros riscos .... comunicação, incluindo os decorrentes .... etc;
- n.º 2, alínea c):** Orientações sobre .... adoptar, incluindo as de afastamento ... etc.
- n.º 2, alínea d),** [*Redacção sugerida por ser mais clara e completa*]: Orientações sobre a comunicação de informação e guias de boas práticas para uso da população ou de grupos específicos desta.

*Nota: “práticas correctas” é termo impreciso e tendencioso, o que se pretende transmitir são boas práticas (adequadas do ponto de vista de eficiência técnica) e nem todas estas medidas se destinam sempre à população toda mas por vezes apenas a certos grupos atingidos ou em maior risco.*

#### Artigo 27.º [agora x]

##### Gestão de informação da vigilância epidemiológica

- n.º 1:** Na última linha substituir “dedicados” por “específicos”.
- n.º 2:** Na primeira linha substituir “dedicados” por “específicos”.

#### Artigo 28.º [agora x]

##### Deteção e comunicação

[*Redacção sugerida por mais clara e precisa*]: “As doenças de notificação obrigatória, os quadros sindrómicos, bem como os riscos ou fenómenos .... de informação específicos.”

#### Artigo 29.º [agora x]

### **Notificação obrigatória**

**n.º 2:** Substituir “dedicados” por “específicos”.

Artigo 30.º [agora x]

### **Afastamento temporário**

**n.º 1:** Eliminar do texto, por redundante e já referido: “emitida pelo membro do Governo responsável pela área da saúde”.

**n.º 2:** Eliminar do texto, na terceira linha, “igualmente”.

Artigo 31.º [agora x]

### **Vigilância entomológica**

**n.º 2:** Substituir “dedicados” por “específicos”.

Artigo 35.º [agora x]

### **Sistemas de vigilância ambiental**

**n.º 2:** Substituir “dedicados” por “específicos”.

Artigo 36.º [agora x]

### **Dos determinantes ambientais**

1 - [*Redacção sugerida*]: Os serviços de saúde pública concorrem para a identificação, entre outros, de determinantes e riscos ambientais .... etc.

Artigo 38.º [agora x]

### **Direito à vacinação**

*Comentário: Como refere o número 1 deste artigo compete ao Estado, através do Ministério da Saúde, a protecção dos cidadãos através da vacinação. Desse modo, discorda-se que o número 2 abra a porta a entidades privadas nesta actividade, especialmente no que diz respeito às vacinas constantes do Programa Nacional de Vacinação. Para além de ser uma função do Estado, o Ministério da Saúde conta com uma rede nacional de serviços aptos a efectuar essa prestação, cuja responsabilidade global, pelo seu cumprimento e avaliação deve competir aos respectivos serviços de SP. Para além do mais, a pulverização por outras entidades desta actividade levanta problemas complexos de registo dos actos vacinais e seu conhecimento por parte de quem é obrigado a ter conhecimento permanentemente actualizado das vacinas administradas, informação vital para conhecer coberturas vacinais e poder detectar bolsas de não-vacinados e prever/impedir surtos epidémicos que podem pôr em risco a saúde da população.*

**[Redacção sugerida]:**

- 1 - .....
- 2 - A vacinação é realizada através da administração universal e gratuita .... de Vacinação vigente.
- 3 - Na administração de vacinas não constantes do Programa Nacional de Vacinação vigente, o Ministério da Saúde pode realizar protocolos com outras entidades públicas, do sector social ou privadas, desde que garantido o fornecimento por essas entidades da informação respeitante ao acto vacinal que permita manter um conhecimento actualizado sobre cobertura vacinal no território nacional.
- 4 - [Anterior 3].

## Artigo 40.º [agora x]

**Boletim individual de saúde**

- 1 - ...
- 2 - ...
- 3 - [Redacção sugerida]: O boletim .... por um boletim desmaterializado, acessível ao cidadão por meios electrónicos, em termos a definir .... etc.

## Artigo 44.º [agora x]

**Planos de contingência**

- 1 - ....
- 2 - .....
- 3 - [Redacção sugerida]: Os serviços .... sob a orientação dos respectivos serviços de saúde pública.

## Artigo 45.º [agora x]

**Resposta em emergência de saúde pública**

- 1 - [Redacção sugerida]: Perante uma emergência .... , ouvido o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, entre outras entidades, que permitam ... etc.

*Nota: Numa emergência podem ter que ser previamente ouvidas outras entidades que não apenas o laboratório nacional do Estado.*

- a) ....
- b) ....
- c) [Redacção sugerida]: Assegurar, pelos meios de comunicação mais eficazes disponíveis, a ligação com os hospitais, serviços prestadores de cuidados dos

Agrupamentos de Centros de Saúde ou Unidades Locais de Saúde, aeroportos, portos, bem como com outras entidades ou sectores necessários.

*Nota: a designação centros de saúde encontra-se desactualizada.*

2 - [Redacção sugerida]: As orientações ..... nomeadamente da área veterinária, ambiental ou da defesa, em função .... etc.

#### Artigo 52.º [agora x]

##### Dados pessoais

1 - .....

2 - Substituir “dedicados” por “específicos”.

3 - [Redacção sugerida]: Quando a divulgação .... sistemas de informação específicos .... para efeitos de diagnóstico, controlo e gestão do risco em saúde pública

*Nota: Neste contexto específico será melhor evitar o termo “avaliação” pois pode provocar ruído técnico pela sua ambiguidade de possíveis usos. Os termos agora usados são suficientes para nomear toda a cadeia de etapas que podem estar relacionadas com o uso de dados pessoais que permitem a identificação de pessoas.*

4 - Substituir “dedicados” por “específicos”.

#### Artigo 56.º [agora x]

##### Norma revogatória

*Comentário: Conforme referido nos comentários gerais iniciais, a este parecer torna-se necessário acautelar os perigos de uma revogação que deixe vazios. Deste modo talvez fosse de considerar uma cláusula genérica que previsse que até à regulamentação definitiva dos vários artigos/assuntos se manteriam em vigor os aspectos fixados na legislação revogada.*

*De igual modo a entrada em vigor da lei (para o dia seguinte, nos termos do artigo 57.º) talvez pudesse, em nome da prudência, ser diferida para 30 dias para dar tempo a uma análise pormenorizada das implicações.*

#### **ORDEM DOS MÉDICOS/CONSELHO NACIONAL**

(Ouvida a Direcção do Colégio da Especialidade de Saúde Pública)

Porto, Coimbra, Lisboa, 19 Junho 2017