

PARECER N.º P/18/APB/10 – CARTA DOS DIREITOS DO UTENTE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Relatores: Rui Nunes, Helena Melo

I – INTRODUÇÃO

Ao longo da última década o sistema de saúde português sofreu uma evolução considerável nomeadamente no que respeita ao modelo de gestão e administração do serviço público de saúde. De facto, os recursos que os portugueses afectam para o sector da saúde ultrapassam já a média dos países europeus pelo que a sustentabilidade económica e financeira do sistema deve ser considerada uma das prioridades do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Mas, gerar ganhos de eficiência e combater o desperdício evidenciado neste sector – de modo a garantir a sua viabilidade futura – não podem ser objectivos despojados dos valores nucleares da nossa sociedade. Sendo o direito à protecção da saúde uma grande conquista civilizacional, qualquer reforma estrutural do SNS deve alicerçar-se no primado da pessoa humana e nos seus direitos fundamentais. Equidade no acesso, não-discriminação, qualidade assistencial, entre outros factores, são as faces de um poliedro em constante evolução de modo a adaptar-se às profundas transformações verificadas no sistema de saúde.

Importa, então, redefinir o quadro de direitos dos utentes dos serviços de saúde – incluindo os sectores público, privado e social – e tornar este quadro mais robusto face à escassez de recursos evidenciada na nossa sociedade.

Ainda que existissem já em Portugal cartas de direitos dos doentes, as profundas reformas evidenciadas no sector da saúde, ao longo da última década colocam novos desafios na óptica dos direitos fundamentais, designadamente o de corrigir algumas

das disfunções verificadas com a emergência do “Estado Regulador” no sector da saúde. A título de exemplo, num quadro reformista do sector da saúde, não é despicienda a prevenção de práticas de indução artificial da procura de cuidados de saúde ou a rejeição discriminatória ou infundada de pacientes nos estabelecimentos e serviços do SNS.

Por outro lado, a introdução de regras de mercado concorrencial no sector da saúde, enquanto mecanismo gerador de eficiência, implica que outras realidades, como é o caso do respeito pela liberdade de escolha nas unidades de saúde privadas ou a garantia do direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde devem igualmente ser acauteladas.

Os princípios, valores e direitos nela consagrados deverão no futuro ser complementados com intervenções específicas e particularizadas, A título exemplificativo, os deveres dos utentes, ou os direitos de populações específicas tais como as crianças, as grávidas, os seropositivos, os deficientes ou os idosos devem merecer uma abordagem pormenorizada de modo a que a suas especificidades sejam verdadeiramente acauteladas.

Ao propor esta Carta dos Direitos do Utente dos Serviços de Saúde a Associação Portuguesa de Bioética contribui também para a construção de um novo sistema de saúde. Um sistema de saí demais justo, mais solidário e mais equitativo¹ contribui para uma sociedade mais justa, equitativa e solidária.

¹ Esta carta tem por base um estudo preliminar efectuado pelos autores em 2005 no quadro da elaboração pela Entidade Reguladora da Saúde de uma nova carta dos direitos dos doentes. Porém, com a reformulação das atribuições legais desta autoridade a elaboração e o registo desta carta deixou de ser da sua responsabilidade. Ver Decreto-lei n.º127/2009 de 27 de Maio que procede à reestruturação da Entidade Reguladora da Saúdem definindo as suas atribuições, organização e funcionamento.

II – ENQUADRAMENTO JURÍDICO

A primeira questão que se coloca, quando se fala em “direitos do utente” é a de saber o que se entende por “utente” dos serviços de saúde. Por “utente” para efeitos de aplicação da presente Carta, entende-se todo o cidadão português, o cidadão nacional de Estados Membros da União Europeia, nos termos das normas comunitárias aplicáveis, o cidadão estrangeiro residente em Portugal, em condições de reciprocidade e o cidadão apátrida residente em Portugal.

O Utente é uma pessoa, um ser humano que se pode encontrar em diferentes situações ou estados: pode encontrar-se em situação de doença aguda ou crónica, contagiosa ou não contagiosa, ser portador de deficiência, ser maior, ser menor, ser mulher, ser homem...

No presente texto abordaremos apenas a situação do Utente enquanto “pessoa doente”, ou seja, enquanto pessoa que se encontra numa situação de doença, palavra que etimologicamente provém de *dolentia* e que pode ser entendida como “falta ou perturbação da saúde”².

A Organização Mundial de Saúde definiu no seu acto constitutivo, em 1948, saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não unicamente como a ausência de doença ou de enfermidade”³.

Ao longo da presente Carta, sempre que se falar em “saúde” será este o conceito para que se apelará. Cumpre no entanto ressaltar que se trata de um conceito historicamente situado, no sentido em que cada época tem definido o respectivo conceito de saúde, nele se reflectindo “os conhecimentos biológicos da época, a

² Cf. ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA (2001), Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, vol. I, Lisboa: Academia das Ciências de Lisboa e Editorial Verbo.

³ Este conceito é no entanto criticado por diversos Autores, entre eles por Karl Jaspers que afirma que “Tal saúde não existe. Segundo este conceito, todos os homens, efectivamente, são

relação da pessoa com o corpo e o grau de representação de cada função do corpo, bem como o entendimento da morte”⁴. O conceito de doença (a qual não existe *per se*, mas é construída a partir da análise de um conjunto de sintomas manifestados pelas pessoas) só pode ser entendido num determinado estágio do conhecimento médico.

Conceito esse que se reflecte nas representações sociais e mesmo jurídicas da doença que podem, por exemplo, conduzir à discriminação do doente. Com efeito, a doença, ao longo da História, tem servido de fundamento à limitação da capacidade de exercício de direitos das pessoas por ela afectadas⁵.

Daí, também, a extraordinária importância da afirmação de que o doente é uma pessoa, é uma pessoa que se encontra numa situação de vulnerabilidade – resultante da doença – mas que, por esse simples facto, não deixa de ser titular de direitos e de deveres, desde logo os decorrentes do respeito devido à sua dignidade de pessoa humana.

Se analisarmos as normas vigentes em Portugal na matéria, é possível isolar (embora um pouco artificialmente atenta a unidade de sentido dos direitos no nosso sistema jurídico) entre os direitos do Utente enquanto “pessoa”, enquanto cidadão de pleno direito, e os direitos do Utente enquanto “pessoa que se encontra numa situação de doença”.

sempre e de qualquer modo doentes”. Cf. JASPERS, Karl (1998), *O Médico na Era Técnica*, Lisboa: Edições 70.

⁴ CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA (1995), Parecer 14/CNECV/95, sobre as Questões Éticas na Distribuição e Utilização dos Recursos para a Saúde, disponível em <http://wwwcnecv.gov.pt/>

⁵ Problema que analisámos em MELO, Helena Pereira de (1999), “Os Aspectos Jurídicos dos Direitos do Doente”, in *Aspectos Éticos das Pessoas em Situação de Doença*, Actas do V Seminário Nacional do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.

II-1 OS DIREITOS DO UTENTE ENQUANTO “PESSOA”

O Utente, como aludido, é um cidadão de pleno direito, pelo que é titular de todos os direitos reconhecidos nos textos do chamado Direito Internacional dos Direitos Humanos e no Direito Comunitário, nomeadamente:

- na Declaração Universal dos Direitos do Homem⁶;
- na Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos do Homem⁷;
- na Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos⁸;
- na Declaração dos Direitos da Criança⁹;
- no Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos¹⁰ e no respectivo Protocolo Facultativo¹¹;
- no Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais¹²;
- na Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial¹³;
- na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres¹⁴ e no respectivo Protocolo Opcional¹⁵;

⁶ Adoptada e proclamada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) na sua Resolução 217A (III) de 10 de Dezembro de 1948. Adiante designada por DUDH.

⁷ Adoptada pela Conferência Geral da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), em 11 de Novembro de 1997.

⁸ Adoptada pela Conferência Geral da UNESCO, em 16 de Outubro de 2003.

⁹ Proclamada pela Resolução da Assembleia Geral da ONU n.º 1386 (XIV), de 20 de Novembro de 1959.

¹⁰ Adoptado e aberto à assinatura, ratificação e adesão pela resolução 2200A (XXI) da Assembleia Geral da ONU, de 16 de Dezembro de 1966. Aprovado, para ratificação, pela Lei n.º 29/78, de 12 de Junho. Adiante designado por PIDCP.

¹¹ Adoptado e aberto à assinatura, ratificação e adesão pela resolução 2200A (XXI) da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 de Dezembro de 1966. Aprovado para adesão pela Lei n.º 13/82, de 15 de Junho.

¹² Adoptado e aberto à assinatura, ratificação e adesão pela resolução 2200A (XXI) da Assembleia Geral da ONU, de 16 de Dezembro de 1966. Aprovado, para ratificação, pela Lei n.º 45/78, de 11 de Julho. Adiante designado por pidesc.

¹³ Adoptada e aberta à assinatura e ratificação pela resolução 2106 (XX) da Assembleia Geral da ONU, de 21 de Dezembro de 1965. Aprovada, para adesão, pela Lei n.º 7/82, de 29 de Abril.

¹⁴ Adoptada e aberta à assinatura, ratificação e adesão pela resolução n.º 34/180 da Assembleia Geral da ONU, de 18 de Dezembro de 1979. Aprovada, para ratificação, pela Lei n.º 23/80, de 26 de Julho.

- na Convenção sobre os Direitos da Criança¹⁶;
- na Resolução sobre os Direitos do Homem e a Bioética¹⁷;
- nas Regras Gerais sobre a Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiências¹⁸;
- na Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais¹⁹ e nos respectivos protocolos adicionais²⁰;
- na Carta Social Europeia²¹ e respectivos protocolos adicionais²²;

¹⁵Adoptado pela Assembleia Geral da ONU pela resolução n.º A/54/4, de 6 de Outubro de 1999 e aberto à assinatura a 10 de Dezembro de 1999. Aprovado para ratificação pela Resolução da Assembleia da República n.º 17/2002, de 8 de Março.

¹⁶Adoptada e aberta à assinatura, ratificação e adesão pela resolução n.º 44/25 da Assembleia Geral da ONU, de 20 de Novembro de 1989. Aprovada, para ratificação, pela Resolução da Assembleia da República n.º 20/90, de 12 de Setembro.

¹⁷Adoptada pela Comissão dos Direitos do Homem da ONU, em 16 de Abril de 1997.

¹⁸Adoptadas pela Assembleia Geral da ONU pela resolução 48/96, de 20 de Dezembro de 1993.

¹⁹Adoptada em Roma, a 4 de Novembro de 1950. Aprovada, para ratificação, pela Lei n.º 65/78, de 13 de Outubro. Adiante designada por "cedh".

²⁰Estes protocolos adicionais são: o Protocolo n.º 1 adicional à cedh, feito em Paris, ao 20 de Março de 1952; o Protocolo n.º 2 que confere ao Tribunal Europeu dos Direitos do Homem competência para emitir opiniões consultivas, feito em Estrasburgo, a 6 de Maio de 1963; o Protocolo n.º 3 à cedh emendando os artigos 29.º, 30.º e 34.º da Convenção, feito em Estrasburgo, aos 6 de Maio de 1963; o Protocolo n.º 4 em que se reconhecem certos direitos e liberdades além dos que já figuram na Convenção e no Protocolo Adicional à Convenção, feito em Estrasburgo, a 16 de Setembro de 1963; o Protocolo n.º 5 à cedh emendando os artigos 22.º e 40.º da Convenção, feito em Estrasburgo, a 20 de Janeiro de 1966; o Protocolo n.º 6 adicional à cedh relativo à abolição da pena de morte; o Protocolo n.º 7 adicional à cedh, adoptado em Estrasburgo, a 22 de Novembro de 1984 o Protocolo n.º 8 à cedh, aberto à assinatura em Viena, a 19 de Março de 1985; Protocolo Adicional n.º 11 à cedh, relativo à reestruturação do mecanismo de controlo estabelecido pela Convenção, aberto à assinatura em Estrasburgo, a 11 de Maio de 1994; o Protocolo n.º 12 à cedh, aberto à assinatura em Roma, a 4 de Novembro de 2000; o Protocolo n.º 13 à cedh relativo à abolição da pena de morte em todas as circunstâncias, aberto à assinatura em Vilnius em 3 de Maio de 2002, e o Protocolo n.º 14 à cedh, alterando o sistema de controlo da Convenção que foi aberto à assinatura em Estrasburgo, em 13 de Maio de 2004. Os primeiros cinco protocolos adicionais foram aprovados para ratificação pela Lei n.º 65/78, de 13 de Outubro. O sexto foi aprovado, para ratificação, pela Resolução da Assembleia da República n.º 12/86, de 6 de Junho, o sétimo pela Resolução da Assembleia da República n.º 22/90, de 27 de Setembro e o décimo-terceiro pela Resolução da Assembleia da República n.º 44/2003, de 23 de Maio.

²¹Aberta à assinatura em Turim, em 18 de Outubro de 1961. Aprovada, para ratificação, pela Resolução da Assembleia da República n.º 21/91, de 6 de Agosto. Adiante designada por "cse".

²²São eles: o Protocolo Adicional à Carta Social Europeia, aberto à assinatura dos Estados Membros do Conselho da Europa, em 5 de Maio de 1988; o Protocolo de Alterações à Carta Social Europeia, aberto à assinatura a 21 de Outubro de 1991, e aprovado, para ratificação, pela Resolução da Assembleia da República n.º 37/92, de 30 de Dezembro de 1992; o Protocolo Adicional à Carta Social Europeia prevendo um Sistema de Reclamações Colectivas, adoptado em Estrasburgo, a 9 de Novembro de 1995, e aprovado para ratificação pela Resolução da Assembleia da República n.º 69/97, de 6 de Dezembro.

- na Carta Social Europeia Revista²³;
- na Convenção Quadro para a Protecção das Minorias Nacionais²⁴;
- na Carta Europeia para as Línguas Regionais ou Minoritárias²⁵;
- na Convenção para a Protecção das Pessoas relativamente ao Tratamento Automatizado de Dados de Carácter Pessoal²⁶;
- na Recomendação 1286 (1996) sobre uma Estratégia Europeia para as Crianças²⁷;
- na Recomendação 924 (1981) relativa à Discriminação contra os Homossexuais²⁸;
- na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia²⁹;
- na Resolução sobre o Respeito pelos Direitos do Homem na União Europeia³⁰;
- na Directiva 2000/43/CE do Conselho, de 29 de Junho, que Aplica o Princípio da Igualdade de Tratamento entre as Pessoas, sem Distinção de Origem Racial ou Étnica³¹;
- na Directiva 92/85/CEE do Conselho, de 19 de Outubro, relativa à implementação de medidas destinadas a promover a melhoria da segurança e da saúde das trabalhadoras grávidas, puérperas ou lactantes no trabalho³²;
- na Directiva 95/46/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Outubro, relativa à protecção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados³³.

²³Aberta à assinatura dos Estados Membros do Conselho da Europa em Estrasburgo, em 3 de Maio de 1996. Aprovada, para ratificação, pela Resolução da Assembleia da República n.º 64-A/2001, de 17 de Outubro.

²⁴Adoptada e aberta à assinatura em Estrasburgo, a 1 de Fevereiro de 1995. Aprovada, para ratificação, pela Resolução da Assembleia da República n.º 42/2001, de 25 de Junho.

²⁵Aberta à assinatura em Estrasburgo, em 5 de Novembro de 1981.

²⁶Adoptada e aberta à assinatura em Estrasburgo, a 28 de Janeiro de 1981. Aprovada, para ratificação, pela Resolução da Assembleia da República n.º 23/93, de 9 de Julho.

²⁷Adoptada pela Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa em 24 de Janeiro de 1996.

²⁸Adoptada pela Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa em 1 de Outubro de 1981.

²⁹Proclamada solenemente pelo Parlamento Europeu, o Conselho e a Comissão, em Nice, em 7 de Dezembro de 2000. Integrada (como Parte II) no Tratado que estabelece uma Constituição para a Europa, assinado em Roma, pelos Chefes de Estado e de Governo da União Europeia, em 29 de Outubro de 2004. Este texto será adiante designado por "cdfue".

³⁰Adoptada pelo Parlamento Europeu em 17 de Dezembro de 1998.

³¹Esta Directiva foi transposta para a ordem jurídica portuguesa pela Lei n.º 18/2004, de 11 de Maio.

³²Esta Directiva encontra-se actualmente transposta pelo Código do Trabalho.

A generalidade das normas e princípios contidos nestes textos de Direito Internacional são aliás parte integrante da ordem jurídica portuguesa, por força do disposto no artigo 8.º da Constituição da República Portuguesa de 1976³⁴.

Muitos dos direitos reconhecidos pelos aludidos textos encontram-se também previstos no texto constitucional e em normas de legislação ordinária como sejam as contidas no Código Civil de 1966³⁵, no Código Penal de 1982³⁶ e no Código de Trabalho de 2003³⁷.

O utente enquanto pessoa goza, portanto e por exemplo, dos seguintes direitos fundamentais:

- direito à vida³⁸;
- direito à integridade moral e física³⁹;
- direito à liberdade⁴⁰;
- direito à liberdade de pensamento, de consciência, religião, opinião e expressão⁴¹.
- direito à identidade pessoal⁴²;
- direito ao livre desenvolvimento da personalidade⁴³;

³³Esta Directiva foi transposta para a ordem jurídica portuguesa pela Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro.

³⁴Adiante designada por crp.

³⁵Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 47 344, de 25 de Novembro de 1966.

³⁶Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de Setembro.

³⁷Aprovado pela Lei n.º 99/2003, de 27 de Agosto, que foi regulamentada pela Lei n.º 35/2004, de 29 de Julho.

³⁸Cf. nomeadamente o artigo 3.º da dudh; o artigo 6.º do pidcp; o artigo 2.º da cedh; o artigo 2.º da cdfue e o artigo 24.º da crp.

³⁹Cf., por exemplo, o artigo 5.º da dudh; o artigo 7.º do pidcp; o artigo 3.º da cedh; o artigo 3.º da cdfue, e o artigo 25.º da crp.

⁴⁰Cf. o artigo 3.º da dudh; o artigo 9.º do pidcp; o artigo 5.º da cedh; o artigo 1.º do Protocolo Adicional n.º 6 à cedh; o artigo 1.º do Protocolo Adicional n.º 13 à cedh; o artigo 6.º da cdfue, e o artigo 27.º da crp.

⁴¹Cf. os artigos 18.º e 19.º da dudh; os artigos 18.º e 19.º do pidcp; o artigo 5.º, al. d), da Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial; o artigo 10.º da cdfue, e os artigos 37.º e 41.º da crp.

⁴²Cf., nomeadamente, os artigos 9.º e 10.º da cedh e o artigo 26.º da crp.

⁴³Cf. o Princípio 6.º da Declaração dos Direitos da Criança e o artigo 26.º da crp.

- direito à privacidade⁴⁴;
- direito à educação⁴⁵;
- direito a um nível de vida suficiente para si e para a sua família⁴⁶;
- direito ao trabalho⁴⁷;
- direito à segurança social⁴⁸;
- direito à protecção da saúde⁴⁹;
- direito de beneficiar do progresso científico e das suas aplicações⁵⁰.

II-2 Os DIREITOS DO UTENTE ENQUANTO “PESSOA DOENTE”

A partir do enquadramento jurídico geral dos direitos humanos e considerando que as pessoas doentes constituem um grupo particularmente vulnerável e fragilizado (“pelo receio, pelo sofrimento, pela exclusão da comunidade dos sãos”⁵¹) têm sido adoptados pelos órgãos competentes de diversas organizações internacionais, textos de índole jurídica, onde se consagram os direitos das pessoas que se encontram em situação de doença. Constituem exemplo deste esforço de consagração, no que se refere aos doentes em geral:

⁴⁴Cf. o artigo 12.º da dudh; o artigo 17.º do pidcp; o artigo 8.º da cedh; o artigo 7.º da cdfue, e o artigo 26.º da crp.

⁴⁵Cf. o artigo 26.º da dudh; o artigo 13.º do pidesc; o Princípio 4.º da Declaração dos Direitos da Criança; o artigo 5.º, al. e), da Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial; o artigo 2.º do Protocolo n.º 1 adicional à cedh; o artigo 14.º da cdfue e o artigo 73.º da crp.

⁴⁶Cf. o artigo 25.º da dudh, e o artigo 11.º do pidesc.

⁴⁷Cf. o artigo 23.º da dudh; o artigo 6.º do pidesc; o artigo 1.º da Parte II da cse; o artigo 5.º, al. e), da Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial; o artigo 11.º, n.º 1, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres; o artigo 15.º da cdfue e o artigo 58.º da crp.

⁴⁸Cf. o artigo 22.º da dudh; o artigo 9.º do pidesc; o Princípio 4.º da Declaração dos Direitos da Criança; o artigo 12.º da Parte II da cse; o artigo 11.º, n.º 1, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres; o artigo 34.º da cdfue, e o artigo 63.º da crp.

⁴⁹Cf. o artigo 12.º do pidesc; o Princípio 4.º da Declaração dos Direitos da Criança; o artigo 11.º da Parte II da cse; o artigo 5.º, al. e), da Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial; o artigo 11.º, n.º 1, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres; o artigo 35.º da cdfue, e o artigo 64.º da crp.

⁵⁰Cf. o artigo 15.º do pidesc.

⁵¹OSSWALD, Walter (1996), “Direitos do Doente” in *Bioética* (coord.: Luís Archer, Jorge Biscaia e Walter Osswald), Lisboa: Editorial Verbo.

- a Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano relativamente às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina⁵²;
- o Protocolo Adicional à Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e a Biomedicina sobre Transplante de Órgãos e Tecidos de Origem Humana⁵³;
- o Protocolo Adicional à Convenção sobre os Direitos Humanos e a Biomedicina, em Matéria de Investigação Biomédica⁵⁴;
- a Carta de Ljubljana sobre a Reforma dos Cuidados de Saúde⁵⁵;
- a Declaração sobre a Promoção dos Direitos dos Pacientes na Europa⁵⁶;
- a Recomendação N.º R (81) 1 sobre os Bancos de Dados Médicos Automatizados⁵⁷;
- a Recomendação N.º R (97) 5 relativa à Protecção de Dados Médicos⁵⁸;

Têm também sido adoptados numerosos instrumentos jurídicos internacionais no que se refere ao reconhecimento dos direitos de determinadas categorias específicas de doentes, como sejam:

- os Princípios de Deontologia Médica aplicáveis à Actuação do Pessoal dos Serviços de Saúde, especialmente aos Médicos, para a protecção de

⁵²Adoptada e aberta à assinatura em Oviedo, a 4 de Abril de 1997. Aprovada, para ratificação, pela Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 3 de Janeiro. Adiante designada por "cdhb".

⁵³Aberto à assinatura em Estrasburgo, em 24 de Janeiro de 2002.

⁵⁴Aberto à assinatura em Estrasburgo, em 25 de Janeiro de 2005. A cdhb tem ainda um outro protocolo adicional, o Protocolo Adicional à cdhb que Proíbe a Clonagem de Seres Humanos, adoptado e aberto à assinatura em Paris, a 12 de Janeiro de 1998 e aprovado para ratificação pela aludida Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 3 de Janeiro.

⁵⁵Aprovada pelo *Bureau* Regional da Europa da Organização Mundial de Saúde (OMS), na reunião realizada em 1996, em Ljubljana.

⁵⁶Esta Declaração foi elaborada sob a égide do Bureau Regional da Europa da OMS, com base em inquéritos e estudos efectuados na matéria nos diferentes Estados Membros desta organização internacional cujos resultados foram apresentados em Amsterdão, em 28-30 de Março de 1994

⁵⁷Adoptada pelo Comité de Ministros do Conselho da Europa, em 23 de Janeiro de 1981. *Vid.*, na matéria, FARIA, Paula Lobato de (1991), "Protecção Jurídica de Dados Médicos Informatizados" *in* *Direito da Saúde e Bioética*, Lisboa: Lex Edições Jurídicas.

⁵⁸Adoptada pelo Comité de Ministros do Conselho da Europa, em 13 de Fevereiro de 1997.

Pessoas Presas ou Detidas contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes⁵⁹;

- a Resolução sobre os Direitos dos Portadores de HIV/SIDA⁶⁰;
- a Resolução sobre os Princípios de Ética Médica a Observar pelo Pessoal de Saúde no Tratamento de Reclusos⁶¹;
- a Recomendação N.º R (90) 13 sobre a Realização de Diagnósticos e Rastreios Genéticos Pré-natais e do respectivo Aconselhamento Genético⁶²;
- a Recomendação n.º R (92) 3 sobre a Realização de Testes e de Rastreios Genéticos para Fins de Saúde⁶³;
- a Resolução 613 (1976) sobre os Direitos dos Doentes e dos Moribundos⁶⁴;
- a Resolução sobre a Protecção dos Doentes Mentais⁶⁵;
- a Recomendação 779 (1976) sobre os Direitos dos Doentes e dos Moribundos⁶⁶;
- a Recomendação 818 (1977) sobre a Situação dos Doentes Mentais⁶⁷;
- a Recomendação n.º R (83) 2 sobre a Protecção Legal das Pessoas que Sofrem de Doença Mental e que Foram Compulsivamente Internadas⁶⁸;
- a Recomendação n.º R (99) 4 sobre os Princípios em Matéria de Protecção Legal dos Incapazes Adultos⁶⁹;
- a Recomendação N.º Rec. (2003) 10 sobre Xenotransplantação⁷⁰;
- a Recomendação (2003) 24 sobre a Organização de Cuidados Paliativos⁷¹;

⁵⁹ Adoptados pela Assembleia Geral da ONU na sua Resolução 37/194, de 18 de Dezembro de 1982.

⁶⁰ Adoptada pela Comissão dos Direitos do Homem da ONU, em 11 de Abril de 1997.

⁶¹ Adoptada pela Assembleia Geral da ONU, em 18 de Dezembro de 1982.

⁶² Adoptada pelo Comité de Ministros do Conselho da Europa, em 21 de Junho de 1990.

⁶³ Adoptada pelo Comité de Ministros do Conselho da Europa em 10 de Fevereiro de 1992.

⁶⁴ Adoptada pela Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa em 29 de Janeiro de 1976.

⁶⁵ Adoptada pela Assembleia Geral da ONU, em 17 de Dezembro de 1991.

⁶⁶ Adoptada pela Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa em 29 de Janeiro de 1976.

⁶⁷ Adoptada pela Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa em 8 de Outubro de 1977.

⁶⁸ Adoptada pelo Comité de Ministros do Conselho da Europa em 22 de Fevereiro de 1983.

⁶⁹ Adoptada pelo Comité de Ministros do Conselho da Europa em 23 de Fevereiro de 1999.

⁷⁰ Adoptada pelo Comité de Ministros do Conselho da Europa, em 19 de Junho de 2003.

⁷¹ Adoptada pelo Comité de Ministros do Conselho da Europa em 12 de Novembro de 2003.

- a Recomendação (2004) 10 sobre a Protecção dos Direitos Humanos e da Dignidade das Pessoas com Doença Mental⁷².

De modo semelhante, organizações não-governamentais, em particular a Associação Médica Mundial (AMM) e o Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas (CIOMS), têm elaborado textos contendo normas de carácter ético, relativos aos direitos das pessoas em situação de doença, como sejam:

- a Declaração de Helsínquia⁷³;
- a Declaração de Lisboa⁷⁴;
- a Declaração de Veneza⁷⁵;
- a Declaração de Bali⁷⁶;
- a Declaração de Rancho Mirage⁷⁷;
- a Declaração de Budapeste⁷⁸;
- a Declaração de Inuyama⁷⁹;

⁷²Adoptada pelo Comité de Ministros do Conselho da Europa em 22 de Setembro de 2004.

⁷³Esta declaração, que define os princípios éticos aplicáveis às investigações médicas que incidam sobre sujeitos humanos, foi adoptada pela 18.^a Assembleia Geral da AMM, em Helsínquia, em Junho de 1964 e alterada na 29.^a Assembleia Geral da AMM (realizada em Tóquio, em Outubro de 1975); pela 35.^a Assembleia Geral da AMM (realizada em Veneza, em Outubro de 1983); pela 41.^a Assembleia Geral da AMM (realizada em Hong Kong, em Setembro de 1989); pela 48.^a Assembleia Geral da AMM (realizada em Somerset West, em Outubro de 1996) e pela 52.^a Assembleia Geral da AMM (realizada em Edimburgo, em Outubro de 2000).

⁷⁴Esta declaração sobre os direitos do doente foi adoptada pela 34.^a Assembleia Geral da AMM realizada em Lisboa em Setembro e Outubro de 1981 e alterada pela 47.^a Assembleia Geral da AMM realizada em Bali, em Setembro de 1995.

⁷⁵Esta declaração sobre os direitos dos doentes em fase terminal foi adoptada pela 35.^a Assembleia Geral da AMM, realizada em Veneza, em Outubro de 1983.

⁷⁶Esta declaração sobre os princípios éticos a que deve obedecer o tratamento das pessoas portadoras de doença mental foi adoptada pela 47.^a Assembleia Geral da AMM realizada em Bali, em Setembro de 1995.

⁷⁷Esta declaração sobre a prestação de cuidados aos doentes que sofrem de doenças crónicas em fase terminal foi adoptada pela 42.^a Assembleia Geral da AMM que teve lugar em Rancho Mirage, em Outubro de 1990.

⁷⁸Esta declaração sobre a protecção dos interesses dos doentes no âmbito da Medicina do Trabalho foi adoptada pela 45.^a Assembleia Geral da AMM realizada em Budapeste, em Outubro de 1993.

⁷⁹Esta declaração sobre a sequenciação do genoma humano, o rastreio genético e a terapia génica foi adoptada pela 24.^a conferência geral da CIOPMS organizada em Tóquio e em Inuyama, na semana de 22-27 de Julho de 1990.

- a Código Internacional de Ética Médica⁸⁰;
- as Linhas Éticas Internacionais de Orientação para a Investigação Biomédica sobre Sujeitos Humanos⁸¹.

No nosso país, para além das normas relativas a direitos e deveres do doente constantes da Lei de Bases da Saúde⁸², do Estatuto Hospitalar⁸³, do Regulamento Geral dos Hospitais⁸⁴, há que salientar a existência da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, elaborada pelo Ministério da Saúde e publicada pela Direcção-Geral da Saúde⁸⁵ e pela Comissão de Humanização para os Cuidados de Saúde⁸⁶, na qual se

⁸⁰Adoptado pela 3.ª Assembleia Geral da AMM em Londres, em Outubro de 1949. Alterado pela 22.ª Assembleia Geral da AMM realizada em Sydney em Agosto de 1968 e pela 35.ª Assembleia Geral da AMM realizada em Veneza, em Outubro de 1983.

⁸¹Estes princípios orientadores foram conjuntamente elaborados pelo CIOMS e pela OMS em 1982, e sucessivamente alterados em 1993 e 2002. Poderíamos ainda referir, em matéria de direitos do Utente com doença, as Recomendações de Viena sobre Hospitais que Promovam a Saúde, adoptadas na 3.ª Conferência dos *National/Regional Health Promoting Hospitals Network Coordinators*, em Viena, em 16 de Abril de 1997, e a Carta Europeia dos Direitos dos Pacientes, apresentada em Bruxelas em Novembro de 2002, pela *active citizenship network*. Este último texto encontra-se disponível em: <http://www.activecitizenship.net/>

⁸²Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. Esta lei foi alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, que também aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar.

⁸³Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 48 357, de 27 de Abril de 1968. São ainda de referir, na matéria em análise, a Lei n.º 21/81, de 19 de Agosto, sobre acompanhamento familiar de criança hospitalizada; a Lei n.º 14/85, de 8 de Julho, sobre o acompanhamento da mulher grávida durante o trabalho de parto; a Lei n.º 12/93, de 22 de Abril de 1993, sobre colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana; o Decreto Regulamentar n.º 58/80, de 10 de Outubro, que aprova o Estatuto dos Capelães Hospitalares; a Lei n.º 24/96, de 31 de Julho que estabelece o regime legal aplicável à defesa dos consumidores; a Lei n.º 36/96, de 29 de Agosto, que permite a modificação da execução da pena relativamente a cidadãos condenados com pena de prisão afectados por doença grave e irreversível em fase terminal; a Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, Lei de Saúde Mental; o Decreto-Lei n.º 52/2000, de 7 de Abril, sobre o uso do cartão de utente no sistema de saúde; a Resolução da Assembleia da República n.º 47/2001, de 12 de Julho, que aprova medidas de protecção da dignidade pessoal e da identidade genética do ser humano; a Resolução do Conselho de Ministros n.º 129/2001, de 17 de Agosto que aprova o Plano Oncológico Nacional; o Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto, que regulamenta a estrutura orgânica das instituições hospitalares públicas; o Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de Novembro, que visa a criação de uma rede de cuidados continuados de saúde; a Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 24 de Junho, que cria o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia; a Lei n.º 38/2004, de 18 de Agosto, que define as bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação das pessoas com deficiência, e a Lei n.º 46/2004, de 19 de Agosto, que aprova o regime jurídico aplicável à realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano.

⁸⁴Aprovado pelo Decreto n.º 48 358, de 27 de Abril de 1968.

⁸⁵DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (1998), *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes*, Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

reafirmam, como o próprio nome indica, os direitos fundamentais a respeitar na prestação dos cuidados de saúde. Estes direitos foram objecto de concretização na Carta dos Direitos do Doente Internado⁸⁷ apresentada pela referida Direcção-Geral em 15 de Fevereiro de 2005. De referir, ainda, na matéria, a Carta da Criança Hospitalizada, que visa assegurar a humanização dos serviços de atendimento à criança e foi conjuntamente elaborada por várias associações europeias em 1988, em Leiden⁸⁸.

Alude-se ainda e por fim, ao reconhecimento dos direitos do doente feito em diversas normas do Código Deontológico da Ordem dos Médicos, o qual contém “o conjunto de regras de natureza ética que, com carácter de permanência e a necessária adequação histórica na sua formulação, o Médico deve observar e em que se deve inspirar no exercício da sua actividade profissional”⁸⁹. Estas regras “são aplicáveis a todos os Médicos, no exercício da sua profissão, qualquer que seja o regime em que esta seja exercida”⁹⁰ constituindo dever dos médicos cumpri-las, sob pena de existência de infracção disciplinar⁹¹. É-o também em diversas normas do Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros⁹² e do Código Deontológico dos Médicos Dentistas⁹³.

O reconhecimento de direitos do doente, aos quais correspondem deveres do pessoal de saúde, constitui uma conquista jurídica recente, fundamentalmente decorrente da

⁸⁶COMISSÃO NACIONAL PARA A HUMANIZAÇÃO E QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE (s.d.), *Doentes – Direitos e Deveres*, Lisboa: Ministério da Saúde.

⁸⁷Esta Carta encontra-se disponível em: <http://www.dgsaude.pt/>

⁸⁸A divulgação desta carta em Portugal é feita pelo instituto de apoio à criança, sito em Lisboa. O texto encontra-se disponível em: www.iacrianca.pt

⁸⁹Cf. o artigo 1.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos disponível, nomeadamente, em: <http://www.ordemosmedicos.pt/>

⁹⁰Cf. o artigo 3.º, n.º 1 do Código Deontológico da Ordem dos Médicos.

⁹¹Cf. o artigo 13.º, alínea b) do Estatuto da Ordem dos Médicos publicado em anexo ao Decreto-Lei n.º 282/77, de 5 de Julho, e o artigo 2.º do Estatuto Disciplinar dos Médicos aprovado pelo Decreto-Lei n.º 217/94, de 20 de Agosto.

⁹²Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

⁹³Disponível em <http://www.omd.pt/> De acordo com o disposto neste Código, as regras nele contidas “são aplicáveis a todos os médicos dentistas, em quaisquer circunstâncias da sua vida” destinando-se a garantir nomeadamente aos doentes “o cumprimento perfeito pelo médico dentista do guia de conduta reconhecido como essencial ao exercício da profissão”.

alteração do paradigma da relação médico-doente que durante séculos esteve subjacente ao exercício da Medicina.

III – A Relação Pessoal de Saúde-Utente

III-1 O Paradigma Clássico da Relação Médico-Doente

O cerne do acto médico⁹⁴, do acto de enfermagem ou de qualquer outro acto praticado na área da saúde, é ser uma relação entre pessoas: entre o utente e o pessoal de saúde. Entre “um ser humano inquieto ou perturbado que procura outro ser humano e pede-lhe ajuda”⁹⁵. Entre ambos estabelece-se, portanto, uma relação intersubjectiva, que actualmente tem um enquadramento jurídico, sendo o Direito Penal, o Direito Civil e o Direito Administrativo a fonte dessa relação, os direitos e deveres de cada uma das partes, a responsabilidade emergente dos danos eventualmente causados pelo exercício clínico.

No entanto, tal enquadramento jurídico e a própria ligação entre a Medicina e o Direito são relativamente recentes. Com efeito, durante séculos, a actividade médica não foi sujeita ao controlo da sociedade civil e logo, do Direito. A responsabilidade médica não era de natureza jurídica, mas moral, religiosa. O médico era, de certo modo, um sacerdote, que mediante um ritual religioso de iniciação, o Juramento de Hipócrates, entrava numa comunidade fechada, a dos médicos, comunidade essa detentora de segredos que não deviam ser revelados a estranhos à comunidade médica. A doença era de origem divina⁹⁶ e pouco se podia fazer contra ela – o médico fundamentalmente intercedia perante os deuses para que estes fossem favoráveis ao doente.

⁹⁴O conceito de acto médico, de acordo com o disposto na Base XXXII da Lei de Bases da Saúde, deveria ser definido na lei, o que ainda não se verificou.

⁹⁵SERRÃO, Daniel (1997), “A Medicina e a Ética no Século XXI”, *Brotéria*, Fevereiro de 1997, Lisboa.

⁹⁶Jean Bernard refere, a este propósito, que: “*Le destin des hommes appartient aux dieux, les maladies appartiennent à ce destin*”. Cf. BERNARD, Jean (1996), *La Médecine de Demain*, Paris: Flammarion.

O médico detinha, pois, um estatuto social privilegiado, era respeitado e admirado pela população e assumia a obrigação deontológica de tratar o doente. Ao doente, como ser incapaz por força da doença (que lhe reduzia a sua capacidade de exprimir a sua vontade e o tornava extremamente dependente do saber e da dedicação do médico) apenas restava obedecer ao médico. De onde decorria que a relação médico-doente era uma relação desigual, uma relação paternal e autoritária, entre o “que pede ajuda e o que dá (na realidade, vende), entre o que sabe e o que não sabe, entre o que pode e o que está carente”⁹⁷.

O médico procurava segundo o seu critério técnico o melhor bem do doente (que assumia, como referido, o papel de incapaz na relação terapêutica), decidia em vez do doente, sem lhe dar qualquer explicação e sem lhe pedir o consentimento para qualquer intervenção médica que considerasse ser tecnicamente conveniente. O doente, sujeito passivo de um eventual tratamento, não decidia nada, apenas cumpria o preceituado pelo médico.

Fácil se afigura concluir que, segundo este paradigma clássico da relação médico-doente, expressivo do chamado “paternalismo clínico”, o doente não tinha direitos.

III-2 O Paradigma Atual da Relação Pessoal de Saúde-Utente

Nas últimas décadas, o aludido paradigma clássico da relação médico-doente tem vindo a ser substituído por um diferente paradigma desta relação, assente no reconhecimento de que o acto médico é sempre “uma relação entre pessoas, como pessoas, e não uma relação pessoa-objeto, que o acto médico (...) diz respeito ao corpo, mas acontece igualmente no universo ético, ou seja, envolve a componente espiritual da pessoa”⁹⁸, de que a pessoa, pelo facto de se encontrar doente, não deixa

⁹⁷SERRÃO, Daniel (1996), “Direitos das Pessoas Doentes, Uma Revolução Tranquila e Benfazeja”, *Brotéria*, Novembro de 1996, Lisboa.

⁹⁸SERRÃO, Daniel (1997).

de ser titular de nenhum dos seus direitos, e logo do direito à autodeterminação nos cuidados de saúde e à liberdade⁹⁹.

Esta alteração da tradição hipocrática constituiu reflexo de alterações ocorridas na relação do médico com a pessoa doente, decorrentes de factores de natureza múltipla, como sejam:

- a emergência da teoria dos direitos fundamentais que “acrescentaram à obrigação de tratar um respeito crescente pela cidadania do enfermo”¹⁰⁰;
- a rápida e espantosa evolução do conhecimento médico, ao longo do último século que tornou a Medicina mais eficiente¹⁰¹ e permite ao Médico identificar potenciais doentes que ainda não o são, porque assintomáticos¹⁰²;
- a substituição da concepção do médico “como homem desinteressado e bom, servindo e ajudando a pessoa doente (...) pelo médico cientista, competente, eficaz (...) orgulhoso do seu saber”¹⁰³ que se tornou “muitas vezes, demasiado tecnocrata e a sua prática profissional desumanizada e fria”¹⁰⁴;
- a divulgação dos conhecimentos médicos para fora do âmbito dos profissionais de saúde, o que contribuiu para atenuar a “aura de algum mistério que rodeava a presença e os gestos dos médicos (...) e inspirava ao doente e seus familiares um respeito reverente e algum temor”¹⁰⁵;

⁹⁹*Vid.*, na matéria, NUNES, Rui (1995), *Questões Éticas do Diagnóstico Pré-Natal da Doença Genética*, Porto: Faculdade de Medicina do Porto.

¹⁰⁰OLIVEIRA, Guilherme Freire Falcão de (1999), *Temas de Direito da Medicina*, vol. 1, Coimbra: Coimbra Editora.

¹⁰¹Sobre a questão de a ineficácia da actuação médica no tempo de Hipócrates ser praticamente idêntica à de um médico no início do século XIX e sobre o imenso progresso da Medicina ocorrido a partir de Claude Bernard e Louis Pasteur, *vid.* BERNARD, Jean (1996), página 7 e seguintes.

¹⁰²*Vid.*, sobre os testes genéticos que permitem aceder ao conhecimento do património genético da pessoa, REGATEIRO, Fernando J. (2003), *Manual de Genética Médica*, Coimbra: Imprensa da Universidade.

¹⁰³CONSELHO DE REFLEXÃO SOBRE A SAÚDE (1998), *Recomendações para uma Reforma Estrutural*, Porto.

¹⁰⁴CONSELHO DE REFLEXÃO SOBRE A SAÚDE (1998), páginas 15 e 16.

¹⁰⁵SERRÃO, Daniel (1996), página 495.

- o aumento da procura dos serviços de saúde causado pela melhoria das condições de vida dos cidadãos e pelo envelhecimento da população¹⁰⁶.

Assiste-se, deste modo, a uma tendência para a acentuação dos direitos da pessoa doente e para a recusa do paternalismo clínico – para o reconhecimento de que o doente tem direitos face aos profissionais de saúde, que é um centro autónomo de decisão e não um incapaz. Que o doente não é o sujeito passivo de um acto médico, mas sim um colaborador activo do médico numa empresa comum: a sua cura, sempre que possível.

A afirmação, como valor ético primordial, da autonomia, da capacidade de decidir livremente da pessoa doente, teve repercussões no plano jurídico, implicando para o médico o dever de, antes de proceder a uma intervenção médico-cirúrgica, prestar ao doente as informações decisivas para o esclarecimento deste sobre o que parece ser tecnicamente recomendado para o seu tratamento¹⁰⁷. Tal permitirá ao Utente optar por: escolher entre as várias terapêuticas possíveis; consentir na execução do plano terapêutico proposto pelo médico ou, ainda, recusar-se a seguir qualquer terapêutica.

Se o médico omitir a informação, relevante para o Utente, de forma esclarecida, consentir ou não consentir, no tratamento que lhe é proposto, se o médico realizar uma intervenção ou tratamento médico-cirúrgico sem a prévia obtenção daquele consentimento, o médico, em regra, estará a actuar com negligência, a lesar o direito do Utente à autodeterminação em matéria de cuidados de saúde¹⁰⁸.

¹⁰⁶*Vid.*, na matéria, NUNES, Rui, e REGO, Guilhermina (2002), *Prioridades na Saúde*, Lisboa: McGraw Hill, e SIMÕES, Jorge (2004), *Retrato Político da Saúde*, Coimbra: Livraria Almedina.

¹⁰⁷Aliás, para que o consentimento para uma intervenção médico-cirúrgica seja eficaz é necessário, em princípio e de acordo com o disposto no artigo 157.º do Código Penal, que o paciente tenha sido “devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento”. *Vid.*, na matéria, BELEZA, Maria Teresa Couceiro Pizarro (1990) *Direito Penal*, vol. II, Lisboa: Associação Académica da Faculdade de Direito de Lisboa.

¹⁰⁸Com efeito, o médico pode incorrer em responsabilidade penal pelo facto de não ter obtido o prévio consentimento do paciente, podendo ser punido, nos termos do artigo 156.º do Código Penal com pena de prisão até três anos ou com pena de multa.

Dizendo de outro modo: o médico continua a afirmar, segundo o Juramento de Hipócrates que “aplicarei os medicamentos para bem dos meus doentes, segundo o meu saber e nunca para seu mal”¹⁰⁹, mas o princípio da beneficência, por que se deve pautar a sua actividade, passou a ser temperado pelo seu dever de respeitar a autonomia individual do Utente. Afirma-se, assim, que “a relação médico-doente, está a evoluir para se adaptar à crescente autonomia do doente sem prejudicar o efeito da relação empática e de confiança mútua”¹¹⁰.

A partir da análise dos referidos textos contendo normas de natureza apenas ética ou também jurídica, é possível proceder a uma enumeração dos direitos dos doentes em matéria de acesso aos cuidados de saúde¹¹¹, o que faremos na presente Carta. No entanto, a relação jurídica que se estabelece entre o médico (ou, dizendo com maior precisão, entre o profissional de saúde, uma vez que actualmente e em regra, o médico não actua sozinho, mas integrado numa equipa de saúde, que procura curar o doente recorrendo a uma tecnologia médica cada vez mais complexa¹¹²) e o doente, não se analisa apenas num conjunto de direitos subjectivos atribuídos ao doente e nos correlativos deveres impostos aos profissionais. São igualmente atribuídos ao médico direitos subjectivos e impostos ao Utente, que se encontra numa situação de doença, deveres. Incumbe deste modo e nomeadamente, ao doente, o dever de:

- defender e promover a saúde¹¹³;

¹⁰⁹Cf. PINA, J.A. Esperança (2003), *A Responsabilidade dos Médicos*, 3.ª ed., Lisboa: Lidel Edições Técnicas.

¹¹⁰CONSELHO DE REFLEXÃO SOBRE A SAÚDE (1998), página 40.

¹¹¹Por acesso aos cuidados de saúde entendemos, na esteira de Cipriano Justo, “a possibilidade que o utilizador do sistema de saúde tem de obter a prestação de cuidados de saúde no momento e no local em que necessita, em quantidade e a um custo adequado, com o objectivo de obter ganhos em saúde”. Cf. JUSTO, Cipriano (2004), *Porque Esperamos? Contribuição para o Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde*, Lisboa: Campo da Comunicação.

¹¹²Como salienta Constatino Sakellarides “não é possível trabalhar-se em isolamento”, dado que, “mesmo na prática médica mais corrente que se faz entre um profissional e um doente, um determinado episódio faz parte de um processo de cuidados, em que o que aconteceu antes e o que se vai seguir, são parte de uma mesma história”. Cf. SAKELLARIDES, Constantino (2005), *De Alma a Harry, Crónica da Democratização da Saúde*, Coimbra: Livraria Almedina.

¹¹³Cf. o artigo 64.º, n.º 1, da crp. No que concerne ao alcance jurídico concreto deste dever, tem a generalidade dos Autores defendido que, com a sua imposição, a Constituição visa não a tutela

- respeitar quem o trata;
- colaborar com os profissionais de saúde em relação à sua própria situação (designadamente fornecendo-lhes toda a informação que lhe pareça ser relevante sobre o seu estado de saúde e cumprindo as prescrições médicas que livremente aceitou)¹¹⁴;
- respeitar os direitos dos outros Utentes¹¹⁵;
- cumprir as regras sobre a organização e o funcionamento do estabelecimento onde se encontra a receber tratamento¹¹⁶;
- pagar os encargos que derivam da prestação dos cuidados de saúde, quando for caso disso¹¹⁷;
- utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e colaborar activamente na redução dos gastos desnecessários¹¹⁸.

Estes deveres serão abordados numa adenda ulterior ao texto desta Carta – ou seja, na versão completa da Carta dos Direitos do Utente –, uma vez que a mesma se encontra centrada, tal como o seu nome indica, nos direitos e não nos deveres da pessoa em situação de doença. Com a sua adopção visa-se sobretudo assegurar a protecção acrescida a que a pessoa doente enquanto ser humano que se encontra particularmente vulnerável, porque em risco, carece e a que tem direito, uma vez que existe um dever de solidariedade de toda a comunidade no sentido de ser assegurado o respeito dos direitos fundamentais de cada cidadão independentemente da situação concreta em que se encontre¹¹⁹.

da saúde individual, mas sim a da saúde colectiva, que configura um bem jurídico comunitário. *Vid.*, nomeadamente, na matéria, MELO, Helena Pereira de (2004), “A Igualdade de Oportunidades para Quem Opta pela Estrada do Tabaco” in *Dependências Individuais e Valores Sociais* (coord.: Rui Nunes, Miguel Ricou, Cristina Nunes), Porto: Associação Portuguesa de Bioética e Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

¹¹⁴Cf. a Base XIV, n.º 2, alínea c), da Lei de Bases da Saúde e o artigo 81.º, al. a), do Estatuto Hospitalar.

¹¹⁵Cf. a Base XIV, n.º 2, alínea a), da Lei de Bases da Saúde.

¹¹⁶Cf. a Base XIV, n.º 2, alínea b), da Lei de Bases da Saúde, e o artigo 81.º, al. b), do Estatuto Hospitalar.

¹¹⁷Cf. a Base XIV, n.º 2, alínea e), da Lei de Bases da Saúde.

¹¹⁸Cf. o artigo 81.º, al. c), do Estatuto Hospitalar.

¹¹⁹Dever de solidariedade que tem uma vertente económica, uma vez que, como salienta Manuel Antunes, todo o cidadão tem direito “à utilização dos Serviços de Saúde, não devendo o seu

Na sua versão completa a Carta será composta por três partes: uma Parte Geral, uma Parte Especial e por uma Parte relativa aos Deveres dos Utentes.

A Parte Geral – agora apresentada – compreende três capítulos: um capítulo introdutório onde se encontram definidos os princípios gerais que são aplicáveis a todas as disposições da Carta e à luz dos quais todas devem ser interpretadas; um capítulo relativo aos direitos do utente enquanto pessoa que têm de ser sempre respeitados na prestação de cuidados de saúde, e por fim, um capítulo relativo aos direitos reconhecidos ao Utente enquanto pessoa com doença.

A Parte Especial será composta por treze capítulos correspondentes à concretização dos direitos referidos na Parte geral a determinados grupos de Utentes. São eles: Capítulo I (Os direitos do Utente no âmbito da procriação medicamente assistida); Capítulo II (Os direitos da Utente grávida, puérpera ou lactante); Capítulo III (Os direitos do Utente menor); Capítulo IV (Os direitos do Utente portador de deficiência); Capítulo V (Os direitos do Utente enquanto trabalhador); Capítulo VI (Os direitos do Utente surdo); Capítulo VII (Os direitos do Utente pertencente a uma minoria religiosa); Capítulo VIII (Os direitos do Utente pertencente a uma minoria sexual); Capítulo IX (Os direitos do Utente com doença crónica); Capítulo X (Os direitos do Utente com doença contagiosa); Capítulo XI (Os direitos do Utente com doença mental); Capítulo XII (Os direitos do Utente idoso); Capítulo XIII (Os direitos do Utente em fase terminal).

A última Parte é, como se referiu, consagrada aos deveres do Utente para com o sistema de saúde e os profissionais de saúde.

estado de riqueza ser condição importante no acesso a eles” pelo que “uma sociedade atenta, sensível e bem organizada não distingue os cidadãos pela capacidade económica e faz com que os solitários se sintam acompanhados”. Cf. ANTUNES, Manuel (2003), “A Saúde enquanto Investimento Social” in *Afectação de Recursos para a Saúde: Perspectivas para um Novo SNS* (coord.: Rui Nunes, Guilhermina Rego e Cristina Nunes), Porto: Associação Portuguesa de Bioética e Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

IV – TEXTO DA CARTA

IV-1 PREÂMBULO

Considerando que Incumbe ao Estado a defesa dos direitos e interesses legítimos dos Utentes, a garantia do acesso universal e igual de todos ao serviço público de saúde e a garantia de adequados padrões de qualidade dos serviços de saúde;

Considerando que é essencial assegurar o respeito pela dignidade e pelos direitos fundamentais de todos os Utentes seja qual for o seu estado de saúde e a situação concreta em que se encontrem;

Considerando a unidade e indivisibilidade desses direitos tal como se encontram proclamados na Declaração Universal dos Direitos do Homem, na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, na Constituição da República Portuguesa e na Lei de Bases da Saúde;

Considerando que o reconhecimento expresso destes direitos num texto de natureza ética e jurídica é da maior importância para dar satisfação ao compromisso assumido pela Reguladora no sentido da sua maior exequibilidade,

A Associação Portuguesa de Bioética apresenta esta Carta dos Direitos do Utente dos Serviços de Saúde, a fim de que os direitos nela consagrados sejam objecto de respeito efectivo por todas as entidades que prestam cuidados de saúde. Mais ainda, sugere que esta carta seja objecto de intenso escrutínio social e de ratificação pela Assembleia da República.

IV-2 PARTE GERAL

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1.º

As disposições da presente Carta têm por destinatários todos os cidadãos portugueses, os cidadãos nacionais de Estados Membros da União Europeia, nos termos das normas comunitárias aplicáveis, os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, em condições de reciprocidade e os cidadãos apátridas residentes em Portugal.

Artigo 2.º

O Utente tem direito a ser tratado no respeito pela sua dignidade inviolável de pessoa humana.

Artigo 3.º

1. Todos os Utentes são iguais perante a Carta.
2. O gozo dos direitos e liberdades reconhecidos na presente Carta deve ser assegurado sem quaisquer distinções, tais como as fundadas na ascendência, sexo, género, raça, cor ou origem étnica ou social, território de origem, características genéticas, língua, religião, saúde, orientação sexual, convicções políticas ou ideológicas, condição social, instrução, riqueza, deficiência, idade, pertença a uma minoria nacional ou qualquer outra situação.
3. O Utente não pode ser discriminado no acesso aos cuidados de saúde ou outros em função da natureza da entidade financiadora da prestação.

CAPÍTULO II

DIREITOS DO UTENTE ENQUANTO PESSOA

Artigo 4.º

O Utente goza do direito inviolável à vida.

Artigo 5.º

O Utente tem direito ao respeito pela sua integridade física e moral, não podendo ser submetido a tratamentos desumanos ou degradantes.

Artigo 6.º

O Utente tem direito à identidade pessoal.

Artigo 7.º

O Utente tem direito ao livre e pleno desenvolvimento da sua personalidade.

Artigo 8.º

1. O Utente goza do direito à liberdade não podendo dela ser total ou parcialmente privado.
2. Exceptua-se deste princípio a privação da liberdade, pelo tempo e nas condições que a lei determinar, nos casos seguintes:
 - a) Internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente;
 - b) Detenção legal de pessoa susceptível de propagar uma doença contagiosa.

Artigo 9.º

O Utente tem o direito de exprimir e divulgar livremente o seu pensamento sem impedimentos nem discriminações.

Artigo 10.º

A liberdade de consciência e de religião do Utente é inviolável.

Artigo 11.º

O Utente tem direito à liberdade de reunião e à liberdade de associação, o que implica o direito de, com outrem, fundar e tornar-se membro de associações para a defesa dos seus interesses.

Artigo 12.º

O Utente tem o direito ao respeito da sua vida privada e familiar.

Artigo 13.º

1. O Utente tem direito à protecção da saúde, devendo beneficiar de todas as medidas que lhe permitam gozar do melhor estado de saúde que possa atingir, nos limites dos recursos humanos, materiais e tecnológicos do sistema de saúde.
2. O Utente tem direito a aceder, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa, paliativa e de reabilitação.

Artigo 14.º

O Utente tem direito à segurança social.

Artigo 15.º

1. O Utente tem direito à assistência social e médica apropriada ao seu estado de saúde se não dispuser de recursos suficientes e não estiver em condições de os angariar pelos seus próprios meios ou de os receber de outra fonte, designadamente por prestações resultantes de um regime de segurança social.
2. O Utente tem direito à protecção contra a pobreza e a exclusão social devendo ser-lhe assegurado um nível de vida suficiente e para lhe assegurar a si e à sua família uma existência condigna, a saúde e o bem-estar.

Artigo 16.º

1. O Utente tem direito à educação e à cultura.
2. É garantida a liberdade de aprender e de ensinar do utente.

Artigo 17.º

O Utente tem direito à cultura física e ao desporto.

Artigo 18.º

O Utente tem direito à orientação e formação e readaptação profissionais apropriadas.

Artigo 19.º

1. O Utente tem direito ao trabalho, à livre escolha de profissão ou de género de trabalho, salvas as restrições legais impostas pelo interesse colectivo ou inerentes à sua própria capacidade.
2. O Utente tem direito a condições equitativas e satisfatórias de trabalho e à segurança no emprego, não podendo ser despedido sem justa causa.
3. O Utente tem direito à dignidade no trabalho devendo ser protegido contra actos condenáveis ou explicitamente hostis e ofensivos que sejam reiteradamente dirigidos contra si no local de trabalho ou em relação com o trabalho.
4. O Utente tem direito à segurança e higiene no trabalho.
5. O Utente, quando empregue em ocupações perigosas ou insalubres, tem direito à eliminação ou redução dos riscos a ela inerentes.

Artigo 20.º

O Utente tem o direito de participar livremente na vida cultural da comunidade.

Artigo 21.º

O Utente tem o direito de beneficiar do progresso científico e das suas aplicações.

CAPÍTULO III

DIREITOS DO UTENTE ENQUANTO PESSOA DOENTE

Artigo 22.º

O Utente tem direito a ser tratado como pessoa humana.

Artigo 23.º

O Utente tem direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses.

Artigo 24.º

O Utente tem o direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados.

Artigo 25.º

1. O Utente tem direito a ser tratado por profissionais competentes e da sua escolha.
2. O Utente tem direito a ser informado sobre o nome e profissão do pessoal de saúde que o trata.

Artigo 26.º

O Utente tem direito a ser atendido com qualidade, eficácia e em tempo útil.

Artigo 27.º

O Utente tem direito a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e paliativos.

Artigo 28.º

O Utente tem direito à prestação de cuidados continuados.

Artigo 29.º

O Utente tem direito à segurança na prestação dos cuidados de saúde.

Artigo 30.º

O Utente tem o direito à autodeterminação em matéria de cuidados de saúde.

Artigo 31.º

O Utente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado.

Artigo 32.º

O Utente tem o direito de decidir receber ou recusar a prestação de cuidados ou a participação em investigação ou ensaio clínico que lhe são propostos.

Artigo 33.º

O Utente tem o direito de obter uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde.

Artigo 34.º

1. O Utente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas, que deverão ser respeitadas na prestação de cuidados que lhe é dada.
2. O Utente tem direito a ser respeitado incondicionalmente nas suas convicções espirituais e religiosas e as suas necessidades, nesta dimensão, devem ser satisfeitas.
3. O Utente tem direito a elaborar uma Directiva Antecipada de Vontade, seja na forma de Testamento de Paciente, seja na forma de nomeação de um Procurador de Cuidados de Saúde.

Artigo 35.º

O Utente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico.

Artigo 36.º

O Utente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e de elementos identificativos que lhe respeitem.

Artigo 37.º

1. O Utente tem direito à protecção dos dados de carácter pessoal que lhe digam respeito.
2. Esses dados devem ser objecto de um tratamento leal, para fins específicos e com o consentimento do utente ou com outro fundamento legítimo previsto na lei.
3. O Utente tem o direito de acesso aos dados informatizados que lhe digam respeito, podendo exigir a sua rectificação e actualização, e o direito de conhecer a finalidade a que se destinam, nos termos da lei.

Artigo 38.º

O Utente tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico.

Artigo 39.º

1. O Utente internado tem direito a receber (ou a recusar) visitas de familiares e amigos.
2. O Utente internado tem direito ao repouso e sossego.

Artigo 39.º

O Utente, por si ou por quem o represente, tem direito a apresentar sugestões quanto ao funcionamento dos serviços de saúde.

Artigo 40.º

O Utente tem direito, por si ou por quem o represente, a apresentar reclamações pela forma como é tratado e, se for caso disso, a receber indemnização pelos prejuízos sofridos.

Artigo 41.º

O Utente do Serviço Nacional de Saúde tem direito a que não lhe seja cobrada, com excepção das taxas moderadoras, quando devidas, qualquer importância relativamente às prestações de saúde.

Artigo 42.º

1. O Utente tem direito a uma terapêutica analgésica adequada.
2. O Utente em fase terminal tem direito a não ser sujeito a tratamentos inúteis e a ser acompanhado por pessoa da sua escolha.

Artigo 43.º

O Utente tem o direito de morrer em paz e com dignidade.

15 de Abril de 2010

Aprovado pela Associação Portuguesa de Bioética